

Patient/in

Zacharias Hänsler			Datum	
			Pneumothorax	
Alter	Größe	Gewicht		
19 Jahre	190 cm	71 kg		

Allergien / Unverträglichkeiten

Der Patient hat eine Milben- und Pollenallergie, sowie eine Allergie gegen Hundehaare und Katzenhaare.

Genussmittel / Drogen

Der Patient raucht 10 py. Er trinkt seit 2 Jahren 2-3 Gläser Whisky-Cola und 2-3 Shots Wodka am Wochenende.

Er konsumiert seit 2 Jahren Cannabis täglich? wöchentlich? usw

Sozialanamnese

Der Patient ist Abiturient, ledig und wohnt mit seiner Familie zusammen. Er hat zurzeit Prüfungsstress.

Familienanamnese

Der Vater leidet an einem Asthma bronchiale und Allergien. Mütterlicherseits sind Fälle von Hämophilie bekannt.

Herr Hänsler, ein 19-jähriger Patient in reduziertem AZ und untergewichtigem EZ, kommt heute mit erstmaligen rechtsthorakalen Schmerzen zu uns.

Die Schmerzen sind gestern plötzlich aufgetreten und gehen mit Dyspnoe einher. Sie sind stechend im Charakter, liegen bei 6/10 auf der Schmerzskala und verstärken sich bei tiefer Inspiration. Begleitend zeigt sich ein Reizhusten.

Darüber hinaus gab der Patient an, dass er vor zwei Wochen einen Unfall beim Sport hatte. Dabei kam es zu Hämatomen an den rechten Rippen und am rechten Arm.

Zudem berichtet der Patient über schmerzbedingte Schlafstörung und Inappetenz. Die weitere vegetative Anamnese ist unauffällig.

VE: Abgesehen von Hämophilie sind keine anderen Vorerkrankungen bekannt.

Medikation : Bis auf ein Spray gegen Pollenallergie (Name nicht erinnerlich) und Paracetamol b.B. nimmt der Patient regelmäßig keine Medikamente ein.

VD und DD: Ich habe den Verdacht auf ein Pneumothorax. Alternativ kommen eine Lungenembolie und ein Myokardinfarkt in Betracht.

Procedere : Ich werde folgende Maßnahmen veranlassen:

körperliche Untersuchung KU / Röntgen und CT-Thorax/ Labor: WAS? /EKG/ Sonographie des Thorax

Therapie: Falls sich mein Verdacht bestätigt, schlage folgende Therapie vor:

Bettruhe/ Analgesie/ Sauerstoffgabe/ Gabe von Antitussiva

Anlage eines Pleurakatheters und Dauerabsaugung (Saug-Drainage)

operativ (Pleurodesse mittels VATS) bei rezidivierendem Spontanpneumothorax

Patient/in

Helmut Wagner

Datum

Gichtanfall

Alter

50 Jahre

Größe

170 cm

Gewicht

89 kg

Allergien / Unverträglichkeiten

Es sind keine Allergien und Unverträglichkeit bekannt.

Genussmittel / Drogen

Der Patient raucht 5py. Er trinkt seit 20 Jahren zwei bis drei Flaschen Bier tägl.

Drogenkonsum wurde verneint.

Sozialanamnese

Der pat. ist selbstständig, verheiratet und hat keine Kinder. Er hat zuezeit viel Stress im Beruf.

Familienanamnese

Der Vater leidet an einer Neurodermitis . Die Mutter ist mit 48 Jahren an einem Myokardinfarkt gestorben.

Herr Wagner, ein 50-jähriger Patient in reduziertem AZ und adipösem EZ , wurde wegen seit einer Stunde bestehender starker Schmerzen in der rechten Großzehe mit dem KTW in die Notaufnahme eingeliefert.

Die erstmaligen Schmerzen sind plötzlich aufgetreten, sind pochend im Charakter und liegen bei 7/10 auf der Schmerzskala.

Sie sind am rechten Großzehengrundgelenk (Podagra) lokalisiert und verstärken sich beim Anfassen.

Begleitend zeigt sich eine Rötung, Schwellung und Überwärmung der rechten Großzehe.

Darüber hinaus berichtet der Pat., dass er gestern Abend viel Alkohol getrunken und Fleisch gegessen habe. Die Frage nach Trauma wurde verneint.

Der Pat. fühle sich fiebrig, habe jedoch die Körpertemperatur nicht gemessen. Die vegetative Anamnese ist unauffällig.

Vorerkrankungen: In der Vorgeschichte finden sich eine arterielle Hypertonie seit einem Jahr, nicht medikamentös behandelt und ein Myokardinfarkt vor 2 Jahren mit Stentimplantation.

Medikamente : Gegen die aktuellen Beschwerden hat der Pat. einmal Paracetamol eingenommen, was keine Besserung gebracht hat.

Abgesehen von ASS 100 mg (1-0-0) nimmt der Patient regelmäßig keine Medikamente ein.

VD/DD: Die anamnestischen Angaben deuten am ehesten auf einen akuten Gichtanfall hin.

Alternativ kommen eine CPPD (Pseudogicht), eine rheumatoide Arthritis, eine reaktive und septische Arthritis in Betracht.

Diagnostische Maßnahmen: Zur Erhärtung meiner Verdachtsdiagnose werde ich folgende Maßnahmen durchführen:

-körperliche Untersuchung/ Labor : BB, BSG, CRP, Serumharnsäure, Kreatinin, Urinstatus/-Gelenkpunktion/ Röntgen der Vorfüße/-Abdomensonograph

Therapie: Falls sich mein Verdacht bestätigt, schlage folgende Therapie vor:

-NSAR und/oder Glukokortikoide/-Colchicin/ Therapie der Hyperurikämie: -purinarme Kost-Alkoholkonsum reduzieren-

Gewicht~~s~~reduktion

-harnsäuresenkende Therapie

Patient/in tum

Da

Werner Probst

PAVK

Alter	Größe	Gewicht
67 Jahre	170 cm	90 kg

Allergien / Unverträglichkeiten

Bei dem Patienten sind keine Allergien bekannt.

Genussmittel / Drogen

Der Patient raucht 40 py. Er trinkt seit dem 20 Lj. 1-2 Flaschen Bier täglich. Drogenkonsum wurde verneint.

Sozialanamnese

Der Patient ist seit 2 Jahren in Rente, davor war er Busfahrer. Er ist verheiratet und wohnt mit seiner Frau zusammen und hat zwei gesunde Kinder, die aus dem Haus sind.

Familienanamnese

Der Vater ist mit 45 Jahren an einem Myokardinfarkt gestorben. Die Mutter leidet an einem Diabetes mellitus Typ2 und einer Hyperthyreose.

Die Zwillingsschwester leidet an einer Gefäßerkrankung (vermutlich PAVK)

Herr Probst, Ein 67-jähriger Patient in reduziertem AZ und adipösem EZ, kommt heute wegen linksseitiger Wadenschmerzen zu uns.

Die Schmerzen bestehen seit 6 Monaten und treten nach einer Gehstrecke von ca. 100 m sowie beim Treppensteigen auf.

Sie sind progredient, drückend im Charakter (das hast du schon gesagt: und in der linken Wade lokalisiert.

Die Schmerzen lagen am Anfang bei 3-4/10 auf der Schmerzskala und haben sich in den letzten 3 Wochen verstärkt,

v.a. nachts. Zurzeit hat er auch Schmerzen im Ruhezustand.

Die Schmerzen gehen mit einem Kältegefühl, blasser Haut und Parästhesien am betroffenen Unterschenkel einher. Gegen die Schmerzen hat der Pat. Voltaren Salbe angewendet, jedoch ohne Besserung.

Begleitend zeigt sich eine beschwerdebedingte Einschlafstörung. Die weitere vegetative Anamnese ist unauffällig.

VE: Der Patient leidet seit einem Jahr an einem Diabetes mellitus Typ 2 und hatte vor 4 Jahren eine Stentimplantation wegen eines Herzinfarkts.

Medikation: Der Patient nimmt regelmäßig folgende Medikamente ein: Metformin (o.g.A zur Dosierung) (1-1-1)

Ass 100mg (1-0-0)/ Ramipril/Hydrochlorothiazid 5mg (1-0-0)/ Carvedilol 25mg 1 Mal tägl./ Simvastatin 20 mg (0-0-1)

VD/ DD: Die anamnestischen Angaben deuten am ehesten auf eine PAVK hin.

Alternativ kommen eine TVT, ein Diskusprolaps, und eine diabetische Polyneuropathie in Betracht.

Diagnostische Maßnahmen: Zur Erhärtung meiner Verdachtsdiagnose werde ich folgende Maßnahmen durchführen:

-KU: der Extremitäten im Seitenvergleich, Puls an A. dorsalis pedis und A. tibialis posterior/ Labor: BB, D-Dimer, Glucose, Lipidprofil

-Duplexsonographie/ Ggf. Röntgenangiographie

Therapie: Änderung des Lebensstils: Nikotinkarenz/ Für allen Stadien: Statine+ASS Gehtraining im Stadium 2 / Revaskularisation/ Ggf. systemische Antibiose

Patient/in

Inge Löblich		
Alter	Größe	Gewicht
62 Jahre	168 cm	82 kg

Datum

Ulcus cruris

Allergien / Unverträglichkeiten

Die Patientin reagiert allergisch auf Cortison und Hautcreme und hat eine Milbenallergie.

Genussmittel / Drogen

Die Patientin trinkt seit dem 20. Lj. 3 Mal pro Woche ein Glas Alsterwasser. **Alkohol -und Drogenkonsum wurden verneint.**

Sozialanamnese

Die Pat. ist Verkäuferin von Beruf, verheiratet und wohnt mit ihrem Ehemann zusammen.

Familienanamnese

Der Vater ist an einem Bronchialkarzinom gestorben. Die Mutter hatte **einen/ litt an einem** Ulcus cruris und ist an einer Lungenembolie gestorben.

Brau Löblich, eine 62-jährige Patientin in gutem AZ und adipösem EZ, kommt heute wegen **einer** nässenden Ulzeration am linken Innenknöchel zu uns.

Die offene, übelriechende Ulzeration besteht seit ca. einem Jahr **und war** am Anfang **ein** kleiner, juckender Kratzer, **der sich** allmählich **zu einem** 2-3 cm großen Loch vergrößert. Sie gehen **wer ist sie ? Die Wunde geht** mit Schwellung, gelblicher Sekretion und Schmerzen **am** betroffenen Bein einher. Beim Verbandswechsel **liegen die Schmerzen bei 7/10**. Zudem beklagt die Patientin eine Belastungsdyspnoe seit langem, die nach einem Stockwerk **auftritt**. Die Patientin vermutet enge Schuhe als Auslöser ihrer Beschwerden. Darüber hinaus berichtet die Pat. von Varizen an den Beinen. Abgesehen von **einer** beschwerbedingten Schlafstörung ist die vegetative Anamnese unauffällig.

VE: In der Vorgeschichte **ist** Folgendes bekannt:

- eine arterielle Hypertonie seit 5 Jahren, die medikamentös behandelt wird.
- eine Blutverstopfung im linken Bein vor 2 Jahren (vermutlich eine PAVK **oder eine ? TVT**)
- ein Ovarialkarzinom **mit** Ovariectomie vor 8 Jahren
- eine Radiusfraktur vor 10 Jahren, die **konservativ** behandelt wurde.

Medikament: Die Pat. nimmt regelmäßig Antihypertensiva (2 Tabletten) sowie ein Diuretikum ein. (Name nicht erinnerlich)

VD/DD: Die anamnestischen Angaben deuten am ehesten auf ein Ulcus cruris hin. Alternativ kommt ein diabetisches Fußsyndrom in Betracht.

Diagnostische Maßnahmen: Zur Erhärtung meiner Verdachtsdiagnose werde ich folgende Maßnahmen veranlassen:

- KU : mit Fokus auf abgeschwächte Fußpulse
- Labor: BB, CRP, Glukose, D-Dimer, INR, PT
- Duplexsonografie oder Kompressionssonografie-Ggf. Röntgenangiographie

Therapie: Falls sich mein Verdacht bestätigt, schlage **ich** folgende Therapie vor: **Kompressionstherapie und Mobilisierung**

- Lokale Wundtherapie, Spülung und Entfernung von Belegen
- Ggf. plastische Verfahren (Hauttransplantation)

Hannelore Frankenberg

Osteoprose

Alter	Größe	Gewicht
70 Jahre	168 cm	71 kg

Allergien / Unverträglichkeiten

Die Patientin hat eine Sonnenallergie und eine Laktoseintoleranz.

Genussmittel / Drogen

Die Patientin raucht seit 20 Jahren eine Schachtel Zigaretten tägl. Sie trinkt seit dem 15. J. zwei Gläser Weinbrand pro Tag.

Drogenkonsum wurde verneint.

Sozialanamnese

Die Patientin ist in Rente, davor hat sie als Finanzbeamtin gearbeitet. Sie ist seit 5 Jahren verwitwet, lebt allein und hat eine Tochter, die aus dem Haus ist. Sie fühle sich niedergeschlagen seit dem Tod ihres Ehemannes vor 5 Jahren.

Familienanamnese

Der Vater ist an einem Magenkarzinom gestorben. Die Mutter hatte eine Apoplexie.

Frau Frankenberg, eine 70-jährige Patientin in reduziertem AZ und gutem EZ, kommt heute mit seit einer Woche bestehenden, starken Schmerzen in der BWS zu uns. Die Schmerzen sind bohrend und stechend, strahlen ringförmig aus und verstärken sich bei Bewegung sowie beim Husten. Die Schmerzintensität liegt bei 8/10 auf der Schmerzskala. Zudem gab die Patientin an, dass die Schmerzen plötzlich nach dem Verfehlen einer Treppenstufe aufgetreten sind. Gegen die Schmerzen nimmt die Patientin seit einer Woche Diclofenac 100 mg (vom Hausarzt verschrieben), jedoch ohne Besserung. Darüber hinaus beklagt die Patientin (ähnliche) moderate Rückschmerzen seit vielen Jahren mit wechselnder Lokalisierung. Begleitend zeigen sich beschwerbedingte Schlafstörungen und Inappetenz. In der vegetativen Anamnese finden sich eine Meläna seit 2 Tagen, ein trockener Husten bei bekannter Raucherbronchitis und eine Größenminderung von 5 cm in den letzten 3 Jahren. Frakturneigung seit einem Jahr. Die Frage nach Fieber, Schüttelfrost und Nachtschweiß wurde verneint. Außerdem berichtet die Patientin, dass sie mit 46 Jahren in die Menopause gegangen sei.

VE: In der Vorgeschichte ist Folgendes bekannt:

-eine Raucherbronchitis seit vielen Jahren / seit langem xxx-einen Diskusprolaps vor 15 Jahren, der konservativ behandelt wurde.

-eine Oberschenkelhalsfraktur vor einem Jahr und eine Radiusfraktur, die konservativ behandelt wurden.- eine Fettleber seit xxx

MED: Die Patientin nimmt regelmäßig folgende Medikamente :

Prednisolon (o.g.A zur Dosierung) seit einem Monat/Tiotropium ein Hub (0-0-1)/Fluticasonpropionat 2 Hube 2 Mal tägl. Diclofenac 100 mg seit einer Woche

VD/DD: Die anamnestischen Angaben deuten am ehesten auf eine Spontanfraktur der BWS bei Osteoporose hin. Alternativ kommen ein multiples Myelom, ein Diskusprolaps und ein abdominales Aortenaneurysma in Betracht.

Diagnostische Maßnahmen: Zur Erhärtung meiner Verdachtsdiagnose werde ich folgende Maßnahmen veranlassen:

-KU : mit Fokus auf Inspektion (Tennenbaumphänomen)-Labor: BB, CRP, Glukose, TSH, Serum Calcium, Serumphosphat, Vit D

-Dual X-ray Absorptiometry DXA-konventionelles Röntgen in 2 Ebenen

Therapie: Falls sich mein Verdacht bestätigt, schlage ich folgende Therapie vor:

-Mobilisatio-Alkohol- und Nikotinkarenz/-ausreichende Zufuhr von Calcium und Vit D/-

supportive **Therapie** Maßnahmen : Wärmetherapie,Heilotherapie

-medikamentös: Bisphosphonate,Calcitonin,Teriparatid

Patient/in

Datum

Klaus Jäger

Larynxkarzinom

Alter	Größe	Gewicht
58 Jahre	172 cm	67kg

Allergien / Unverträglichkeiten

Der Patient hat eine Sonnenallergie und eine Pollenallergie.

Genussmittel / Drogen

Er trinkt eine Flasche Bier am Wochenende.Nikotin- und Drogenkonsum wurden verneint.

Sozialanamnese

Der Patient ist Opernsänger von Beruf,verheiratet und hat zwei Kinder.Er hat zurzeit viel Stress wegen seiner Berufsunfähigkeit.

Familienanamnese

Der Vater ist an einem Karzinom im Halsbereich gestorben. (o.g.A zur Genese)

Die Mutter leidet an einem Diabetes mellitus Typ2 (mit diabetischer Retinopathie) und als Folge davon an einer diabetischen Retinopathie.

Herr Jäger, ein 58-jähriger Patient in reduziertem AZ und gutem EZ,kommt heute wegen einer erstmaligen,progredienten Dysphagie zu uns.

Die Beschwerde besteht seit einem Monat und gehen mit Heiserkeit und einem Globusgefühl einher.Zudem klagt er über Schmerzen im Halsbereich mit Ausstrahlung in den Ohrbereich.Die Schmerzintensität liegt bei 5-6/10 auf der Schmerzskala und verstärkt sich beim Gurgeln.Darüber hinaus habe der Patient eine Schwellung bemerkt. Sie sei fest, schmerzhaft und linksseitig lokalisiert (vermutlich zervikale Lymphknotenschwellung).Begleitend zeigen sich Reizhusten, Halitosis und ein Räusperzwang.In der vegetative Anamnese finden sich beschwerbedingte Schlafstörungen,Inappetenz sowie ein Gewichtsverlust von 4 kg in den letzten 6 Wochen.Die weitere vegetative Anamnese ist unauffällig.

VOR:In der Vorgeschichte ist Folgendes bekannt:-eine rezidivierende Tonsillitis und eine Pneumonie in der Kindheit-ein Ulcus ventriculi vor 10 Jahren, das medikamentös behandelt wurde.

-eine Tonsillektomie mit 10 Jahren-eine Septumplastik mit 18 Jahren

MED:Gegen die aktuellen Beschwerden hat der Patient Paracetamol (o.g.A zur Dosierung), Neo angin sowie eine Gurgellösung eingenommen ,jedoch ohne Besserung.Außerdem wendet er eine Kortisoncreme gegen die Sonnenallergie b.B an.

VD/DD: Die anamnestischen Angaben deuten am ehesten auf ein Larynxkarzinom hin.Alternativ kommen ein Ösophaguskarzinom, ein Lymphom und eine Hyperthyreose in Betracht.

Diagnostische Maßnahmen:Zur Erhärtung meiner Verdachtsdiagnose werde ich folgende Maßnahmen veranlassen:

-KU: mit Fokus auf Palpation (Lymphknotenschwellung-Laryngoskopie-Panendoskopie-Evtl. Stroboskopie

-CT oder MRT mit KM sowie Sonografie des Halses-CT -Thorax und Abdomen

Therapie:Falls sich mein Verdacht bestätigt,schlage ich folgende Therapie vor:

Die Therapie der Larynxkarzinome erfolgt in Abhängigkeit von der Lokalisation und vom Stadium mittels Operation, Radiotherapie oder Radiochemotherapie

Wegen der Beschwerden ist der Pat. berufsunfähig und ist deshalb sehr beunruhigt.

Patient/in

Peer Hansen

Alter	Größe	Gewicht
54 Jahre	170 cm	85 kg

Datum

Angina Pectoris

Allergien / Unverträglichkeiten

Bei dem Patient sind keine Allergien und Unverträglichkeit bekannt.

Genussmittel / Drogen

Der Patient raucht seit einem Jahr 10 Zigaretten tägl, davor hat er 40 py geraucht.Alkohol- und Drogenkonsum wurden verneint.

Sozialanamnese

Der Patient ist Busfahrer von Beruf,verheiratet und hat ein Kind.Er hat zurzeit viel Stress wegen seiner Beschwerden.

Familienanamnese

Seine Eltern sind mit an einem Myokardinfarkt gestorben. (die Mutter mit xxx Jahren, der Vater mit xxx Jahren)

Herr Peer Hansen,ein 54-jähriger Patient in gutem AZ und übergewichtigem EZ, kommt heute mit rezidivierenden Brustschmerzen zu uns.

Der Patient gab an, dass die linksthorakalen Schmerzen seit 7 Wochen 4 Mal bei Belastung und in Ruhe aufgetreten seien und jedes Mal 5 - 10 Minuten gedauert hätten. Sie seien nach einer Weile abgeklungen bis auf den dritten Anfall vor 3 Wochen, bei dem der Patient notärztlich behandelt wurde.Die Schmerzen sind stechend und beim letzten Mal strahlten sie in den linken Arm aus. Sie lagen am Anfang bei 4/10 und haben sich im Laufe der Zeit auf 7/10 verstärkt.Beim dritten Anfall gingen die Schmerzen mit Schweißausbruch,Übelkeit und Engegefühl einher.Begleitend zeigt sich eine Orthopnoe.Abgesehen von Schlafstörungen ist die vegetative Anamnese unauffällig.

VOR:In der Vorgeschichte ist Folgendes bekannt:-eine Tonsillektomie in der Kindheit-eine Kniearthrose-eine arterielle Hypertonie seit 3 Wochen

MED:Der Patient nimmt folgende Medikamente :

Carvedilol 6,25 mg (1-0-1)Telmisartan/Hydrochlorothiazide (o.g.A zur Dosierung) 1/2 Tabl. (1-0-0)Voltaren Gel b.B

VD/DD:Die anamnestischen Angaben deuten am ehesten auf eine stabile Angina pectoris hin.Alternativ kommen eine Myokarditis, eine Lungenembolie und eine Perikarditis in Betracht.

Diagnostische Maßnahmen:Zur Erhärtung meiner Verdachtsdiagnose werde ich folgende Maßnahmen veranlassen:

-KU:mit Fokus auf Auskultation des Herzens - der Lungen-Ruhe und Belastungs-EKG-Echokardiografie-Kardio-CT und Kardio-MRT

-Koronarangiografie

Therapie:Falls sich mein Verdacht bestätigt,schlage ich folgende Therapie vor:

-Lebensstiländerung (Nikotinkarenz,Ernährungsumstellung)

-medikamentöse Therapie:ASS,Betablocker,Statine,ACE-Hemmer

-interventionelle (PCI) und operative Verfahren(Bypass-Chirurgie) zur Revaskularisation

Patient/in

Knut Müller-Ohm

Datum

Endokarditis

Alter	Größe	Gewicht
73 Jahre	178 cm	82 kg

Allergien / Unverträglichkeiten

Der Patient reagiert allergisch auf Amoxicillin, in Form von Hautusschlag.

Genussmittel / Drogen

Bis vor 20 Jahren hat der Patient gelegentlich Pfeife geraucht.Er trinkt seit dem 20 Lj. 2 Gläser Wein tägl.Drogenkonsum wurde verneint.

Sozialanamnese

Der Patient ist in Rente,davor hat er als Steuerberater gearbeitet.Er ist geschieden, hat keine Kinder und wohnt im Seniorenheim.

Familienanamnese

Der Vater ist mit 60 Jahren an einem Nierenkarzinom gestorben.Die Mutter ist an den Folgen einer TVT gestorben.

Herr Müller-Ohm,ein 73-jähriger Patient in stark reduziertem AZ und gutem EZ, kommt heute wegen Fieber zu uns.

Die Fieberschübe bis zu 39,5 °C bestehen seit einer Woche und gehen mit Abgeschlagenheit und Nachtschweiß einher.

Darüber hinaus habe der Patient seit 2 Tagen Hautveränderungen bemerkt. Die Flecken an den Fingern seien lila und schmerzhaft(wahrscheinlich Osler-Knötchen)und an den Fußsohlen seien die Flecken rot und schmerzlos(wahrscheinlich Janeway-Läsionen).

Begleitend zeigen sich Dyspnoe und trockener Husten bei leichter Belastung.Zudem gab der Patient an,dass er vor 4 Wochen einen zahnärztliche Eingriff gehabt habe.In der vegetativen Anamnese finden sich eine Hämaturie seit 2 Tagen,Inappetenz,ein Gewichtsverlust seit einer Woche (o.g.A) sowie Schlafstörungen seit einem Jahr.

Vorerkrankungen :In der Vorgeschichte ist Folgendes bekannt:Ein Rheuma am linken ? Knie und Ellenbogengelenk in der Kindheit

- eine Tonsillektomie mit 12 Jahren/ eine Herzklappeninsuffizienz seit 20 Jahren/ eine Koronarangiografie 1998/ ein komplizierter zahnärztlicher Eingriff vor 4 Wochen

MED:Der Patient nimmt folgende Medikamente ein:

Ramipril 5mg (1-0-0)/Torasemide (o.g.A zur Dosierung) tägl./Baldrian Tropfen gegen die Schlafstörung/Antibiotikum(Name nicht rememberlich) seit 4 Wochen

VD/DD:Die anamnestischen Angaben deuten am ehesten auf eine Endokarditis hin.Alternativ kommen eine Vasculitis und eine Leukämie in Betracht.

Diagnostische Maßnahmen:Zur Erhärtung meiner Verdachtsdiagnose werde ich folgende Maßnahmen veranlassen:

KU: mit Fokus auf Vitalparameter/Labor:BB,BSG,CRP,Blutkultur/Echokardiografie/TEE

Therapie:Falls sich mein Verdacht bestätigt,schlage ich folgende Therapie vor:

Immunsuppressiva/Antibiotika oder Antimykotika/Ggf. der operative Ersatz geschädigter Herzklappen

Wolfgang Bellmann		
Alter	Größe	Gewicht
72 Jahre	182 cm	74 kg

MI+Ulcus ventriculi

Allergien / Unverträglichkeiten

Der Patient hat eine Hunde- und Katzenhaarallergie.Er verträgt keine ACE-Hemmer. (oder reagiert er allergisch auf ACE-Hemmer? Frage der

Prüfungskommission)

Genussmittel / Drogen

Der Patient raucht seit 3 Jahren 10 Zigaretten tägl. Davor hat er 30 py geraucht.Er trinkt seit 30 Jahren eine halbe Flasche Wein tägl.Drogenkonsum wurde verneint.

Sozialanamnese

Der Patient ist in Rente. Davor hat er als Kraftfahrer gearbeitet.Er ist verheiratet und hat viel Streit zu Hause.Seine Stimmung ist wechselhaft,teils niedergeschlagen,teils apathisch.

Familienanamnese

Der Vater litt an einer arterielle Hypertonie und ist an einem Magenkrebs gestorben.

Herr Bellmann,ein 72-jähriger Patient in reduziertem AZ und untergewichtigem EZ,wurde heute wegen Engegefühl und Schmerzen bei uns eingeliefert. Die Beschwerden bestehen seit einer Stunde. Die retrosternale Schmerzen sind bohrend im Charakter ,strahlen in den Kiefer und Oberbauch aus und liegen bei 6/10 auf der Schmerzskala.Heute sind die Beschwerden nach einem Streit und körperlicher Belastung aufgetreten und gehen mit Schweißausbruch und Erstickungsangst einher. Die Anwendung von Nitrospray hat keine Besserung gebracht.Die progrediente Beschwerden welche Beschwerden? alle o.g. ? bestehen seit 2 Wochen und werden mit Nitrospray behandelt. (vom HA verschrieben)Der Patient gab an,dass er gestern stechende thorakale Schmerzen mit Dyspnoe gehabt habe, die in Ruhe aufgetreten seien.Begleitend zeigt sich Reizhusten seit längerem,der sich in den letzten 2 Wochen verstärkt hat und v.a. morgens auftritt.Der Pat. müsse sich während

der Hustenattacken aufsetzen und könne nicht flach liegen. In der vegetativen Anamnese finden sich eine Harnretention bei bekannter Prostatahyperplasie, eine Abneigung gegen alle Speisen, ein merkliche Gewichtsverlust in letzter Zeit (o.g.A) sowie Schlafstörungen seit mehreren Jahren. Zudem berichtet der Patient, dass er in letzter Zeit unverdaute Nahrung im Stuhl bemerkt habe.

Vorerkrankungen: In der Vorgeschichte ist Folgendes bekannt: -eine arterielle Hypertonie seit 15 Jahren -ein Sodbrennen und saures Aufstoßen seit Jahrzehnten **das sind Symptome keine Vorerkrankung = Refluxkrankheit?** -ein Ulcus ventriculi mit 60 Jahren (ein Magenkarzinom wurde ausgeschlossen) -eine Prostatahyperplasie -eine Prostatitis vor 6 Jahren, die konservativ behandelt wurde. **Der Pat.** hat die Operation abgelehnt. -eine Rippenfraktur (3 Rippen) nach **einem** Fahrradunfall vor 2 Jahren, **intensivstationäre Überwachung** Deswegen wurde er einige Tagen überwacht.

Medikamente: Der Patient nimmt folgende Medikamente ein: Nitrospray seit 2 Wochen bei Bedarf/Candesartan (o.g.A zur Dosierung) tägl./Omeprazol 40 mg (0-0-1)/eine Tablette gegen Prostatahyperplasie, **die Medikation wurde** wegen Nebenwirkungen abgesetzt.

VD/DD: Die anamnestischen Angaben deuten am ehesten auf ein Myokardinfarkt hin. Alternativ kommen eine instabile Angina, eine Myokarditis und eine Herzinsuffizienz in Betracht.

Diagnostische Maßnahmen: Zur Erhärtung meiner Verdachtsdiagnose werde ich folgende Maßnahmen veranlassen

KU: mit Fokus auf Vitalparameter/EKG/Labor: BB, CK, CK-MB, Troponin/Echokardiografie/Herzkatheter-Untersuchung/Kardio-MRT

Therapie: Falls sich mein Verdacht bestätigt, schlage ich folgende Therapie vor: -Bettruhe-Sauerstoffgabe-Analgetika, oft Morphin-Sedativa-Nitroglycerin-Revaskularisierende Therapie: -PTC-Systemische Fibrinolyse-Koronararterienbypass

Patient/in

Valentina Berger

Datum

Herzinsuffizienz

Alter

62 Jahre

Größe

165 cm

Gewicht

84 kg

Allergien / Unverträglichkeiten

Die Patientin reagiert allergisch auf Amoxicillin und hat eine Hausstauballergie. (oder Milbenallergie)

Genussmittel / Drogen

Bis vor 6 Jahren hat die Patientin 30 Jahre lang eine Schachtel Zigaretten tägl. geraucht. Sie trinkt seit 5 Jahren 3 Flaschen Bier tägl. Drogenkonsum wurde verneint.

Sozialanamnese

Die Patientin ist Fröhrentnerin, davor hat sie als Hausmeisterin gearbeitet. Sie ist verwitwet und hat 3 Kinder. Ihr Sohn leidet an einer Paraplegie nach einem Motorradunfall und die Patientin **kümmert** sich um ihn.

Familienanamnese

Der Vater ist an einem Osteosarkom gestorben. Die Mutter hatte einen Tumor im Unterleib, der operativ behandelt wurde.

Frau Berger, eine 62-jährige Patientin in reduziertem AZ und adipösem EZ, kommt heute wegen **einer** progredienten Belastungsdyspnoe zu uns. Die Dyspnoe besteht seit 6-7 Wochen, tritt zurzeit nach

einem Stockwerk beim Treppensteigen auf und geht mit **einem** thorakalen Engegefühl und Schwindelgefühl bei leichter Belastung einher. Begleitend zeigen sich morgendlicher Husten, Unterschenkelödeme, sowie eine Orthopnoe. Darüber hinaus gab die Patientin an, dass sie 3 Kissen zum Schlafen brauche.

In der vegetativen Anamnese finden sich Schlafstörungen wegen einer Nykturie, Abgeschlagenheit, sowie eine Gewichtszunahme von 3 kg in den letzten 6 Wochen. Die weitere vegetative Anamnese ist unauffällig.

Vorerkrankungen: In der Vorgeschichte ist Folgendes bekannt: eine arterielle Hypertonie seit 3 Jahren - eine Hysterektomie vor 10 Jahren - eine Tonsillektomie in der Kindheit

Medikamente: Abgesehen von Carvedilol 25mg (1-0-0) und Paracetamol b.B. nimmt die Patientin regelmäßig keine Medikamente ein.

VD/DD: Die anamnestischen Angaben deuten am ehesten auf eine Herzinsuffizienz hin. Alternativ kommen ein Lungenödem und eine Angina pectoris in Betracht.

Diagnostische Maßnahmen: Zur Erhärtung meiner Verdachtsdiagnose werde ich folgende Maßnahmen veranlassen:

KU: mit Fokus auf Auskultation der Lunge/EKG/Labor:
BB, BGA, Troponin, CK-MB, CK, Kreatinin, Na, K/Echokardiografie/Röntgen-Thorax/Kardio-MRT/Ggf. Koronarangiografie

Therapie: Falls sich mein Verdacht bestätigt, schlage ich folgende Therapie vor:

Nicht medikamentös: Reduktion der Salz- und Flüssigkeitszufuhr/Alkoholkarenz/körperliche Aktivität/Gewichtsabnahme /kaliumreiche Ernährung

medikamentös: ACE-Hemmer/Betablocker/Aldosteronantagonisten/Diuretika

Patient/in

Datum

Franz Ritter

perikarditis

Alter	Größe	Gewicht
48 Jahre	172 cm	69 kg

Allergien / Unverträglichkeiten

Der Patient reagiert allergisch auf Penicillin und hat eine Birkenpollenallergie.

Genussmittel / Drogen

Nikotin-, Alkohol- und Drogenkonsum wurden verneint.

Sozialanamnese

Der Patient ist Krankenpfleger von Beruf, verheiratet und hat ein Kind.

Familienanamnese

Die Mutter leidet an einem Diabetes mellitus Typ 2. Väterlicherseits sind Fälle von Dubin-Johnson-Syndrom bekannt.

Herr Ritter, ein 48-jähriger Patient in reduziertem AZ, wurde heute **nach** einem Kollaps und retrosternalen Schmerzen bei uns eingeliefert. Die Schmerzen sind vor einer Stunde plötzlich aufgetreten und **gingen** mit **einem** kurzem Kollaps einher. Die Schmerzen sind stechend, liegen bei 6/10 auf der Schmerzskala und verstärkt sich bei tiefer Inspiration. Gegen die Schmerzen hat er Nitrospray eingenommen, jedoch ohne Besserung. Nach der Einnahme von Novalgin **haben** die Schmerzen nachgelassen. **Dem Pat. sei zudem** schwarz vor Augen gewesen. Begleitend zeigen sich Fieber bis 39 °C seit dem Vortag und Reizhusten seit 3 Wochen. **Vor 4 Tagen** habe der Patient beim Autofahren ähnliche Schmerzen gehabt. Die Schmerzen waren zwischen den Schulterblättern lokalisiert, haben in den linken Arm und Rücken ausgestrahlt und gingen mit **einmaligem** Erbrechen einher. **Auf Nifedipin** seien die Schmerzen nicht besser geworden, jedoch auf Diazepam. Darüber hinaus habe er vor 3 Wochen eine Atemwegsinfektion **gehabt**, die nicht medikamentös behandelt wurde.

In der vegetativen Anamnese finden sich beschwerdebedingte Schlafstörungen, Inappetenz sowie ein dunkler Urin bei bekanntem **m** Dubin-Johnson-Syndrom. Die weitere vegetative Anamnese ist unauffällig.

Vorerkrankungen: In der Vorgeschichte ist Folgendes bekannt:

-eine Atemwegsinfektion (Pneumonie??) vor 3 Wochen - Herzbeschwerden vor 5 Jahren unklarer Genese

-ein Dubin-Johnson-Syndrom seit 7 Jahren

Medikamente: Abgesehen von Nitrospray, Nifedipin und Diazepam gegen die aktuelle Beschwerde nimmt der Patient regelmäßig keine Medikamente ein.

VD/DD: Die anamnestischen Angaben deuten am ehesten auf eine Perikarditis hin. Alternativ kommen eine Myokarditis, eine Angina pectoris und eine Pleuritis in Betracht.

Diagnostische Maßnahmen: Zur Erhärtung meiner Verdachtsdiagnose werde ich folgende Maßnahmen veranlassen:

KU: mit Fokus auf Auskultation des Herzens/EKG

Labor: BB, BGA, Troponin, CK-MB, CK, Kreatinin, Na, K

Echokardiografie/ Röntgen-Thorax

Therapie: Falls sich mein Verdacht bestätigt, schlage ich folgende Therapie vor:

Antiinflammatorische Therapie: NSAR/Colchicin

Patient/in**Datum**

Hannelore Rosenkrantz

gastroenteritis

Alter

Größe

Gewicht

78 Jahre

162 cm

70 kg

Allergien / Unverträglichkeiten

Die Patientin reagiert allergisch auf Sulfamethoxazol und hat eine Allergie gegen Aprikosen, in Form von Dyspnoe.

Genussmittel / Drogen

Die Patientin trinkt ein Glas Sekt zu bestimmten Anlässen. Nikotin- und Drogenkonsum wurden verneint.

Sozialanamnese

Die Patientin ist in Rente, davor hat sie als Verkäuferin gearbeitet. Sie wohnt in Altenheim und hat 2 Töchter, zu denen sie keinen Kontakt hat.

Familienanamnese

Der Vater ist an einem Blasenkarzinom gestorben. Die Mutter litt an einem Herzasthma.

Frau Rosenkrantz, eine 78-jährige Patientin in reduziertem AZ und übergewichtigem EZ, wurde heute wegen seit 8 Stunden bestehender Diarrhö eingeliefert. Die Diarrhö ist schlagartig aufgetreten und geht mit 3-maligem Erbrechen einher.

Die 5-malige Diarrhö sei wässrig, nicht blutig und die Frage nach Tenesmen und Abdominalschmerzen wurden verneint. Vor xxx Stunden habe die Patientin zuletzt Spiegeleier und Hackfleisch gegessen und seit gestern Abend habe sie nichts zu sich genommen. Darüber hinaus gab die Patientin an, dass andere Mitbewohner ähnliche Beschwerden haben. Die Körpertemperatur wurde nicht gemessen, die Pat. fühlt sich jedoch nicht fiebrig.

In der vegetativen Anamnese finden sich Schlafstörungen sowie eine Harninkontinenz bei Belastung. Die weitere vegetative Anamnese ist unauffällig.

Vorerkrankungen: In der Vorgeschichte ist Folgendes bekannt:

- eine arterielle Hypertonie seit 14 Jahren - ein Diabetes mellitus Typ 2 seit 8 Jahren - eine Thyreoidektomie vor 9 Jahren - eine Niereninsuffizienz seit 2 Jahren

Medikamente: Die Patientin nimmt folgende Medikamente:

- Amlodipin 10mg (1-0-0) - L-Thyroxin 100 Mikro g (1-0-0)

- Basalinsulin seit letztem Jahr, das vor einer Woche auf Metformin 850 mg (0-1-

1)umgestellt wurde.-Baldrian-Tropfen seit einem halben Jahr, gegen Schlafstörungen

Die anamnestischen Angaben deuten am ehesten auf eine virale Gastroenteritis hin.Alternativ kommen eine bakterielle Gastroenteritis und eine Lebensmittelvergiftung in Betracht.

Diagnostische Maßnahmen:Zur Erhärtung meiner Verdachtsdiagnose werde ich folgende Maßnahmen veranlassen:

KU:mit Fokus auf Vitalparameter/Labor:
BB,BGA,Na,K,Stuhlprobe,CRP,Blutzuckerspiegel Ggf. Sonografie des Abdomens

Therapie:Falls sich mein Verdacht bestätigt,schlage ich folgende Therapie vor:

Stationäre Aufnahme/ Flüssigkeitszufuhr /Antiemetika/Ggf .Antibiotika/Meldepflicht

Patient/in

Datum

Marie-Luise Birkenfeld

Ösophaguskarzinom

Alter	Größe	Gewicht
69 Jahre	170 cm	80 kg

Allergien / Unverträglichkeiten

Die Patientin reagiert allergisch auf Jod.

Genussmittel / Drogen

Die Patientin raucht 50 py.Sie trinkt seit 5 Jahren ein Glas Wodka-Lemon oder Gin-Tonic tägl. ,davor hat sie ein Glas Wodka am Wochenende getrunken.Drogenkonsum wurde verneint.

Die Patientin ist Frührentnerin,davor hat sie als Kellnerin gearbeitet.Sie ist seit 5 Jahren geschieden,wohnt allein und hat einen Sohn.Seit der Scheidung fühlt sich niedergeschlagen.

Familienanamnese

Die Mutter leidet an (einer)Demenz und wohnt im Pflegeheim.Der Vater ist unbekannt.

Frau Birkenfeld,eine 69-jährige Patientin in reduziertem AZ und übergewichtigem EZ,kommt heute mit einer progredienten Dysphagie zu uns.

Die Dysphagie besteht seit 4 Wochen und am Anfang ist sie gelegentlich nach festen Speisen aufgetreten. Seit einer Woche könne die Patientin nur breiige Speisen zu sich nehmen.Die Dysphagie geht mit einer Odynophagie einher. Die

retrosternalen Schmerzen liegen bei 5-6/10 auf der Schmerzskala.

Begleitend zeigen sich vermehrte Halitosis und Regurgitation seit 3 Wochen sowie ein Sodbrennen und gelegentliches Völlegefühl seit 20 Jahren. Darüber hinaus gab die Patientin an, dass sie normalerweise scharf esse und täglich heiße Getränke zu sich nehme. Die Frage nach Nausea, Vomitus, Heiserkeit und Schwellungen am Hals wurde verneint.

In der vegetativen Anamnese finden sich Schlafstörungen, Inappetenz, eine Abneigung gegen Gemüse und Fleisch sowie ein Gewichtsverlust (o, g, A)

im letzten Monat. Die weitere vegetative Anamnese ist unauffällig.

Vorerkrankungen: In der Vorgeschichte ist Folgendes bekannt:

- eine Refluxkrankheit seit 20 Jahren - eine Fettleber seit 5 Jahren - eine Hämorrhoidektomie 2017 - Rippenfrakturen vor 4 und 2 Jahren, nach einem Unfall wegen hohem Alkoholkonsum

Medikamente: Die Patientin nimmt regelmäßig folgende Medikamente ein:

- Pantoprazol 20 mg (1-0-0) seit mehreren Jahren - Multivitamin-tabletten seit 5 Jahren - Leberschutz-tabletten (Name nicht erinnerlich)

VD/DD: Die anamnestischen Angaben deuten am ehesten auf ein Ösophaguskarzinom hin. Alternativ kommen ein Larynxkarzinom, ein Zenker-Divertikel sowie eine peptische Stenose bei chronischer Refluxkrankheit in Betracht.

Diagnostische Maßnahmen: Zur Erhärtung meiner Verdachtsdiagnose werde ich folgende Maßnahmen veranlassen:

KU: mit Fokus auf ein Anzeichen von Lymphknotenschwellung

Labor: BB, BGA, Na, K, CRP, AST, ALT, INR, PT, PTT/ÖGD mit Biopsie/EUS/CT-Thorax
Sonografie des Abdomens

Therapie: Falls sich mein Verdacht bestätigt, schlage ich folgende Therapie vor:

Endoskopische Resektion des Ösophaguskarzinoms/Chirurgische Resektion des Ösophaguskarzinoms/Definitive Radiochemotherapie des Ösophaguskarzinoms

Bei tumorbedingter Stenose: Implantation eines Stents, Bougierung/Ernährung mittels PEG-Sonde

Patient/in

Datum

Johann Frühling		
Alter	Größe	Gewicht
64 Jahre	168 cm	56 Kg

Leberzirrhose

Allergien / Unverträglichkeiten

Der Patient hat eine Allergie gegen Sellerie, Äpfel und Birkenpollen.

Genussmittel / Drogen

Der Patient raucht seit dem 20. Lj. 10 Zigaretten tägl. Der Patient trinkt seit 8 Jahren eineinhalb Flaschen Weißwein tägl. Wegen Übelkeit verträgt er in den letzten Tagen keine alkoholischen Getränke. Drogenkonsum wurde verneint.

Sozialanamnese

Der Patient ist in Frührente, davor hat er als Sozialpädagoge gearbeitet.

Er ist seit 8 Jahren geschieden, lebt alleine und hat 2 Kinder, zu denen er kaum Kontakte hat.

Familienanamnese

Der Vater ist an einem Bronchialkarzinom bei Asbestose. Die Mutter ist an einer Herzinsuffizienz gestorben.

Herr Frühling, ein 64-jähriger Patient in reduziertem AZ, kommt heute wegen seit 2 Tagen generalisiertem Ikterus zu uns. Zudem klagt der Patient über eine Abgeschlagenheit und Dyspnoe bei leichter Belastung seit 3 Wochen. Begleitend zeigen sich ein Druckgefühl im rechten Oberbauch, Übelkeit, eine einmalige Hämatemesis vor 3 Tagen sowie zweimaliger schwarzwüchziger Stuhl (vermutlich Meläna) seit 2 Tagen.

Darüber hinaus hat der Patient seit 2 Tagen Hautflecken im Gesicht und an den Extremitäten bemerkt. Diese Flecken seien rötlich-livid, spinnenförmig und schmerzlos (wahrscheinlich Spidernävi). Des Weiteren beklagt der Patient (ein) Aszites und Beinödeme, die sich allmählich verstärkt haben sowie eine Asterixis seit 2 Tagen. (die Hände würden grobschlägig flattern)

In der vegetativen Anamnese finden sich eine Tagesschläfrigkeit sowie eine Gewichtszunahme von 4,5 kg in den letzten Monaten trotz Inappetenz. Die Frage nach Fieber, Abdominalschmerzen und Bewusstlosigkeit wurde verneint.

Vorerkrankungen: In der Vorgeschichte ist Folgendes bekannt:

-eine Hepatitis mit 22 Jahren, Übertragung durch Kontakt zu einer drogenabhängigen Freundin -eine Sinusitis maxillaris mit 19 Jahren

-eine Hämorrhoidektomie vor 4 Jahren -eine Unterarmfraktur (Radius- und Ulnafraktur) vor einem Jahr

Medikamente: Abgesehen von Spironolacton 50 mg (1-0-0) und Furosemid 20 mg

(1-1-0) seit einer Woche nimmt der Patient regelmäßig keine Medikamente ein

VD/DD:Die anamnestischen Angaben deuten am ehesten auf eine Leberzirrhose mit Dekompensation hin.Alternativ kommen eine Cholangitis und eine Pankreatitis in Betracht.

Diagnostische Maßnahmen:Zur Erhärtung meiner Verdachtsdiagnose werde ich folgende Maßnahmen veranlassen:

KU:mit Fokus auf Vitalparameter, Palpation der Leber und Anzeichen von portaler Hypertension wie AszitesLabor: BB,BGA,Na,K,CRP,AST,ALT,INR,PT,PTT/Sonografie des Abdomens/ÖGD/Ggf. Leberbiopsie

Therapie:Falls sich mein Verdacht bestätigt,schlage ich folgende Therapie vor:

Alkoholabstinenz/Laktulose zur Prophylaxe einer hepatischer Enzephalopathie

Propranolol zur Senkung des portalen Drucks/Spironolacton/Ggf. Aszitespunktion

Kurative Therapie: Lebertransplantation

Ich berichte über Herrn Johann Frühling, einen 64 -jährigen Patienten in reduziertem AZ.

Er kommt heute wegen generalisiertem Ikterus seit 2 Tagen zu uns.

Zudem klagt der Patient über eine Abgeschlagenheit und Dyspnoe bei leichter Belastung seit 3 Wochen.

Begleitend zeigen sich ein Druckgefühl im rechten Oberbauch, Übelkeit,einmalige Hämatemesis nach starkem Würgen vor 3 Tagen,die kann mit einer Ösophagusvarizenblutung zusammenhängen sowie zweimalig schwärzlicher Stuhl seit 2 Tagen (ich vermute Meläna). Darüber hinaus habe der Patient seit 2 Tagen Hautflecken im Gesicht und an den Extremitäten bemerkt.Diese Flecken seien rötlich-livid,spinnenförmig und schmerzlos(wahrscheinlich Spidernävi).

Des Weiteren beklagt der Patient Aszites und Beinödeme ,die sich allmählich verstärkt habe sowie eine Asterixis seit 2 Tagen. Aus der vegetativen Anamnese ergab sich eine Tagesschläfrigkeit ,eine Gewichtszunahme von 4,5(eineinhalb anderthalb)kg in den letzten Monaten,trotz Inappetenz.

Die Frage nach Fieber, Abdominalschmerzen, Bewusstlosigkeit wurde verneint.

Erwähnenswert ist, dass der Patient seit einer Woche Spironolacton 50 mg morgens und Furosemid 20 mg 2mal tägl **einnimmt**. (die vom Hausarzt verschrieben wurden)

Relevant ist eine Hepatitis mit 22 Jahren. Der Patient hat **sich über** eine drogenabhängigen Freundin **angesteckt**.

Wichtig ist auch der starke Alkoholkonsum, wir sprechen von eineinhalb Flaschen Weißwein tägl **seit 8 Jahren**.

Es gibt keine **Fälle** von Lebererkrankungen in der Familiengeschichte.

Er ist Frührentner, davor hat er als Sozialpädagoge gearbeitet. Er ist geschieden und hat 2 Kinder.

VD/DD:

Aufgrund der anamnestischen Angaben habe ich den Verdacht auf eine Leberzirrhose mit Dekompensation.

Alternativ kommen eine Cholangitis und eine Pankreatitis in Betracht.

Es könnten auch ein Alkoholentzugssyndrom vorliegen.

Procedere:

Als Erstes werde ich den Patient**en** körperlich untersuchen sowie **die** Vitalparameter und Asterixis überprüfen.

Bei **der** Inspektion konzentriere ich **mich** auf Hautveränderungen. Ich taste die Leber und Milz ab. Es könnte Leberverdickung und Splenomegalie vorhanden sein.

Anschließend werde ich dem Patient Blut abnehmen und **laborchemisch** brauche ich unbedingt

Leberfunktionswerte, Gerinnungsfaktor, BB, Elektrolyte und Hepatitisserologie.

Sobald der Patient stabil **ist**, werde ich eine Abdomensonografie veranlassen sowie eine ÖGD, um Ösophagusvarizenblutung auszuschließen.

Bei unklarer Ätiologie kann man eine **Leberbiopsie** durchführen.

Therapie:

Falls sich mein Verdacht bestätigt, werde ich folgende therapeutische Maßnahmen einleiten: Achtung

Im Vordergrund steht die dauerhafte Alkoholabstinenz.

Medikament der Wahl beim Aszites ist Spironolacton.
 Zur Prophylaxe einer hepatischen Enzephalopathie werde ich dem Patient Lactulose geben und Vit B-komplex sowie Folsäure substituieren.
 Bei Nachweis von Ösophagusvarizen werde ich den portalen Druck mit Propranolol senken.
 Bei Versagen der diuretischen Therapie ist eine therapeutische Aszitespunktion möglich.
 Die einzige kurative Therapieoption ist Lebertransplantation

Patient/in

Datum

Johannes Hinkelgruber		
Alter	Größe	Gewicht
56 Jahre	178 cm	74 kg

verschlussikterus

Allergien / Unverträglichkeiten

Bei dem Patienten sind keine Allergien bekannt.

Genussmittel / Drogen

Der Patient trinkt seit 20 Jahren 6-7 Flaschen Bier tägl. Nikotin- und Drogenkonsum wurden verneint.

Sozialanamnese

Derzeit ist der Patient wegen Alkoholabusus arbeitslos. Er ist Dachdecker von Beruf.

Er lebt getrennt von seiner Ehefrau und hat einen Sohn. Der Patient fühle sich apathisch.

Familienanamnese

Der Vater ist an den Folgen einer Leberzirrhose gestorben. Die Mutter hatte einen Apoplex und seitdem lebt sie im Heim.

Herr Hinkelgruber, ein 56-jähriger Patient in reduziertem AZ und gutem EZ, kommt heute mit progredientem Pruritus und Sklerenikterus zu uns.

Der Pruritus besteht seit 2 Wochen und sei derzeit unerträglich. Der Pat. habe sich v.a. an den Armen wund gekratzt. Begleitend zeigen sich dunkler Urin, Steatorrhö sowie Sklerenikterus seit 2 Tagen. Darüber hinaus klagt der Patient über ein Druckgefühl im

rechten Oberbauch

und Meteorismus. Der Patient habe **einen** zunehmenden Bauchumfang bemerkt . **Der Bauch sei** wie aufgebläht.Die Frage nach Bauchschmerzen und Fieber wurde verneint.

In der vegetativen Anamnese finden sich Inappetenz,eine Tagesschläfrigkeit sowie ein Gewichtsverlust von 8 kg in den letzten 2 Monaten.

Vorerkrankungen:In der **V**orgeschichte ist Folgendes bekannt:

-eine chronische Pankreatitis seit 10 Jahren mit 3 **KH-Aufenthalten**

-ein Diabetes mellitus Typ 2 seit einem Jahr

-eine Inguinalhernie vor 20 Jahren, die operativ behandelt wurde.

Medikamente: Der Patient nimmt Pankreatin zu jeden Mahlzeiten sowie Glibenclamid (o.g.A zur Dosierung) 2 mal tägl ein.

VD/DD:Die anamnestischen Angaben deuten am ehesten auf **einen** Verschlussikterus auf dem Boden einer chronischen Pankreatitis hin.

Alternativ kommen ein Pankreaskopfkarzinom und eine Cholangitis in Betracht.

Diagnostische Maßnahmen:

Zur Erhärtung meiner Verdachtsdiagnose werde ich folgende Maßnahmen veranlassen:

KU:mit Fokus auf Anzeichen von ikterus /Labor: BB,Elektrolyte,CRP,AST,ALT,INR,PT,PTT

Abdomensonografie /CT des Abdomens oder MRT/Ggf. ERCP oder Operation

Therapie:Falls sich mein Verdacht bestätigt,schlage ich folgende Therapie vor:

Flüssigkeitszufuhr /Alkoholabstinenz mit Entzugsbehandlung

Antihistaminika oder Glucocorticoide/Ggf. ERCP oder Operation

Vorstellung:

Ich berichte über Herrn Hinkelgruber.

Er ist 56 Jahre alt und kommt heute mit progredientem Pruritus und Sklerenikterus zu uns.

Der Pruritus besteht seit 2 Wochen und sei **derzeit** unerträglich.

Begleitend zeigen sich dunkler Urin, Steatorrhö sowie Sklerenikterus seit 2 Tagen.

Darüber hinaus klagt der Patient über ein Druckgefühl im rechten Oberbauch

und Meteorismus. Der Patient habe **einen** zunehmende Bauchumfang

bemerkt, **der Bauch sei** aufgebläht. Die Frage nach Bauchschmerzen und Fieber wurde verneint.

Vegetativ ergab sich **eine** Inappetenz, eine Tagesschläfrigkeit sowie **ein Gewichtsverlust** von 8 kg in den letzten 2 Monaten.

Relevante Vorerkrankungen sind eine chronische Pankreatitis

seit 10 Jahren mit 3 **KH-Aufenthalten** und ein Diabetes mellitus Typ 2 seit einem Jahr.

Der Pat. nimmt Pankreatin und Glibenclamid ein.

Der Vater ist an **den** Folgen **einer** Leberzirrhose gestorben. Erwähnenswert ist ein übermäßiger Alkoholkonsum.

Wir sprechen von 6-7 Flaschen Bier pro Tag. Deswegen **ist der Pat. zurzeit arbeitslos**. Er ist **verheiratet, aber getrennt lebend**.

VD/DD: Aufgrund der anamnestischen Angaben habe ich den Verdacht auf **einen** Verschlussikterus auf dem Boden einer / **bei** chronischen/ **r** Pankreatitis.

Die Symptome wie Sklerenikterus, Pruritus, **dunkler Urin** und **Steatorrhö** sprechen stark dafür.

Fieber und Bauchschmerzen **werden verneint**, **das** spricht gegen eine Cholangitis, **trotzdem**

kommt **es** als Differentialdiagnose infrage.

Wegen des Gewichtsverlustes sollte bei diesem Patient **en** unbedingt ein Pankreaskarzinom **ausgeschlossen** werden.

Procedere: Als erstes werde ich den Patienten **stationär** aufnehmen und körperlich untersuchen.

Bei der Inspektion suche ich nach Anzeichen von Ikterus dann werde ich den Bauch abtasten.

Anschließend werde ich dem Patient **en** Blut abnehmen. Laborchemisch brauche

ich unbedingt BB,AST,ALT, Gerinnungsfaktor^{en}, Elektrolyte,U/A und Tumormarker

wie CA 19-9 und CEA.Wir erwarten ^{eine} Steigerung in ^{??} direktes Bilirubin- und alkalische Phosphatase als Cholestaseparameter. Wir haben erhöhte Lipase bei Begleitpankreatitis.

Apparativ werde ich eine Abdomensonografie veranlassen.Dadurch können wir nicht nur eine Choledocholithoasis ,sondern auch Tumoren in Gallengänge oder Pankreas auszuschließen.

Falls ein Tumor vorliegt,werde ich ein CT des Abdomens sowie eine Endosonografie einleiten.

Wenn es notwendig sein ^{sollte} , ^{ist} eine ERCP auch hilfreich zur Beurteilung der Gallengänge sowie ^{um} eine Stenose aufzulösen.

Therapie:

Um ^{den} Pruritus zu lindern, ^{können} Antihistaminika oder Glucocorticoide hilfreich sein.Aber am wichtigsten ist ^{es}, die Ursache ^{so schnell wie möglich} zu finden und natürlich zu behandeln.

Je nach Ursache kann ^{ein} endoskopisches ^s oder operatives ^s Verfahren erforderlich sein.

In diesem Fall steht eine Alkoholabstinenz mit Entzugsbehandlung im Vordergrund.

Patient/in

Datum

Antje Keller		
Alter	Größe	Gewicht
17 Jahre	167 cm	61 kg

Appendizitis

Allergien / Unverträglichkeiten

Die Patientin reagiert allergisch auf Erdbeeren und Paranüsse ,in Form von Dyspnoe.Sie hat eine Laktoseintoleranz.

Genussmittel / Drogen

Nikotinkonsum wurde verneint.Die Patientin trinkt seit einem Jahr ein Flasche Bier am Wochenende.Sie habe einmal ^{synthetische} Drogen konsumiert.

Sozialanamnese

Die Patientin ist Schülerin ^{und} lebt mit ihren Eltern zusammen.Sie hat eine ^{Prüfung}^{stress}.

Familienanamnese

Der Vater leidet an einem Morbus Crohn.

Frau Keller, eine 17-jährige Patientin in reduziertem AZ und gutem EZ, wurde heute wegen progredienten Bauchschmerzen bei uns eingeliefert.

Die Schmerzen bestehen seit 24 Stunden, sind plötzlich aufgetreten und liegen jetzt bei 7/10 auf der Schmerzskala.

Anfangs **waren** die Schmerzen im Mittelbauch lokalisiert und **sind** im Laufe der Zeit in den rechten Unterbauch gewandert.

Zudem gab die Patientin an, dass die Schmerzen beim **Vorbeugen des Oberkörpers** nachlassen und **sich** beim Drucken **verstärken**.

Gegen die Schmerzen hat die Patientin Ibuprofen eingenommen, jedoch ohne Besserung.

Die letzte Periode war vor 4 Tagen und zwischen der Periode **habe die Patientin gelegentlich Blutung bemerkt**.

Die Frage nach Fieber, Schwangerschaft sowie ähnlichen **n** Beschwerden in ihrem Umfeld wurde verneint.

In der vegetativen Anamnese finden sich eine beschwerdebedingte Schlafstörung sowie Inappetenz.

Die weitere vegetative Anamnese ist unauffällig.

Vorerkrankungen:

In der Vorgeschichte ist Folgendes bekannt:

- Masern in der Kindheit
- Windpocken mit 15 Jahren
- ein rechtsseitiges Fingerfraktur, die **konservativ** mit Fingerschiene behandelt wurde.

Medikamente:

Die Patientin nimmt regelmäßig keine Medikamente.

Die Frage nach der Einnahme der Pille wurde verneint.

VD/DD:

Die anamnestischen Angaben deuten am ehesten auf eine akute Appendizitis hin.

Alternativ kommen eine Extrauterin gravidität, eine Gastroenteritis und ein Morbus Crohn in Betracht.

Diagnostische Maßnahmen: Zur Erhärtung meiner Verdachtsdiagnose werde ich folgende Maßnahmen veranlassen:

KU: mit Fokus auf die abdominale Untersuchung (Druckschmerz und Loslassschmerz bei der Palpation)

Labor: BB, Elektrolyte, CRP, Beta-HCG, AST, ALT, INR, PT, PTT

Abdomensonografie

Ggf. CT des Abdomens und Vaginalsonografie

Therapie: Falls sich mein Verdacht bestätigt, schlage ich folgende Therapie vor:

Flüssigkeitszufuhr/Antiemetika/laparoskopische Appendektomie

Vorstellung:

Ich berichte über Frau Keller.

Sie ist 17 Jahre alt und wurde heute wegen progredienter Bauchschmerzen bei uns eingeliefert.

Die Schmerzen bestehen seit 24 Stunden, sind plötzlich aufgetreten und liegen jetzt bei 7/10 auf der Schmerzskala.

Anfangs waren die Schmerzen im Mittelbauch lokalisiert und sind in den letzten Stunden in den rechten Unterbauch gewandert.

Außerdem lassen die Schmerzen beim Vorbeugen des Oberkörpers nach und verstärken sich beim Drücken.

Gegen die Schmerzen hat die Patientin Ibuprofen eingenommen,
aber es hat nicht geholfen.

Die letzte Periode war vor 4 Tagen und zwischen der Periode
habe die Patientin gelegentlich Blutung bemerkt.

Die Frage nach Fieber, Schwangerschaft sowie ähnlichen Beschwerden in ihrem Umfeld
wurde verneint.

Vegetativ ergab sich eine beschwerbedingte Schlafstörung sowie Inappetenz.

Es gibt keine relevanten Vorerkrankungen.

Wichtig ist auch, dass die Frage nach Einnahme der Pille verneint wurde.

Die Patientin trinkt seit einem Jahr ein Flasche Bier am Wochenende.

Erwähnenswert ist ein Morbus Crohn beim Vater.

Sie ist Schülerin und lebt mit ihren Eltern zusammen.

VD/DD:Aufgrund der anamnestischen Angaben habe ich den Verdacht
auf eine akute Appendizitis.

Die Lokalisation und der Verlauf der Schmerzen in Kombination
mit Übelkeit sprechen stark dafür.

Die Tatsache, dass die Schmerzen in den rechten Unterbauch gewandert sind
lässt ebenfalls eine xxx vermuten..

Als Differentialdiagnose kommen eine Extrauterin gravidität,
eine Gastroenteritis und ein Morbus Crohn in Betracht.

Bei dieser Patientin sollte zuerst eine Extrauterin gravidität ausgeschlossen
werden, weil das lebensbedrohlich sein könnte.

Die letzte Periode war vor 4 Tagen. Trotzdem brauche ich unbedingt Beta-HCG.

Bei jeder fertilen Frau sollte bei abdominellen Beschwerden ein Schwangerschaftstest durchgeführt werden.

Diarrhoe, Vomitus sowie ähnliche Beschwerden in ihrem Umfeld werden verneint.

Das spricht gegen eine Gastroenteritis.

Aber wir erwarten diese Symptome **nicht** bei jeder Gastroenteritis.

Typische Symptome bei einem Morbus Crohn sind chronische Diarrhö,

Schmerzen im rechten Unterbauch und Tenesmen, die meistens **einen** schubweisen Verlauf haben.

Procedere:

Als erstes werde ich die Patientin stationär aufnehmen und körperlich untersuchen sowie die Vitalparameter überprüfen.

Bei der Inspektion suche ich nach Anzeichen von Narbe nach Operation im Bauchbereich dann werde ich den Bauch abtasten. Druckschmerz und Loslassschmerz sind wichtige Hinweise, um meinen **Verdacht** zu bestätigen.

Anschließend werde ich der Patientin Blut abnehmen. Laborchemisch brauche ich unbedingt BB, Beta-HCG, Gerinnungsfaktoren, CRP, Elektrolyte und U/A.

Ich erwarte eine Leukozytose sowie **ein** erhöhtes CRP als Entzündungsparameter.

Apparativ werde ich eine Abdomensonografie veranlassen.

Dadurch können wir nicht nur eine Appendizitis, sondern auch eine Extrauterin gravidität ausschließen.

Falls ein Schwangerschaft vorliegt, werde ich eine Vaginalsonografie einleiten.

Therapie:

Bei einer akuten Appendizitis steht die Kreislaufstabilisierung im Vordergrund.

Deswegen gebe ich der Patientin Flüssigkeit.

Außerdem werde ich **ihr** Antiemetika, Pantoprazol i.v. sowie **eine Einzeldosis?** Antibiotika verabreichen.

Vor der Operation ist eine Nahrungskarenz erforderlich.

Therapie der Wahl ist eine endoskopische Appendektomie.

Alternativ kommt eine offene Appendektomie infrage.

Datum

Jörn Bäcker		
Alter	Größe	Gewicht
69 Jahre	179 cm	97 kg

PAVK

allergien / Unverträglichkeiten

Der Patient reagiert allergisch auf Metoprolol und Enalapril, in Form von Dyspnoe.

Genussmittel / Drogen

Der Patient raucht 75 py. Er trinkt seit dem 18 Lj. 2-3 Gläser Wein. Drogenkonsum wurde verneint.

Sozialanamnese

Der Patient ist in Rente, davor hat er als Tischler gearbeitet. Er ist seit 14 Jahren geschieden und hat 2 Kinder. Der Patient kümmert sich um seine gehbehinderte Tochter. Er hat eine Klaustrophobie.

Familienanamnese

Der Vater ist mit 71 Jahren an einem Larynxkarzinom gestorben. Die Mutter ist mit 75 Jahren an einem Myokardinfarkt gestorben.

Herr Bäcker, ein 69-jähriger Patient in reduziertem AZ und adipösem EZ, kommt heute wegen Claudicatio intermittens zu uns.

Die Schmerzen bestehen seit einem Jahr und treten derzeit nach einer

Gehstrecke von weniger als 90 m auf.

Sie sind progredient, dumpf im Charakter, in der linken Wade

lokalisiert

und strahlen in die Kniekehle aus. Die Schmerzintensität liegt bei 6-7/10 auf der Schmerzskala.

Zudem gab der Patient an, dass er seit einer Woche Ruheschmerz habe.

Gegen die Schmerzen hat der Patient Voltaren Salbe **aufgetragen**, jedoch ohne Besserung.

Begleitend zeigen sich Blässe und **eine** leichte Schwellung am betroffenen Unterschenkel.

Der Patient habe eine Hautverfärbung bemerkt.

Seit einige Tagen sei der linke Vorfuß bläulich und die Haut um den großen Zehnnagel schwärzlich.

In der vegetativen Anamnese finden sich eine gelegentliche Diarrhö sowie Husten seit mehreren Jahren. Die weitere **vegetative** Anamnese ist unauffällig.

Vorerkrankungen: In der Vorgeschichte ist Folgendes bekannt:

- eine arterielle Hypertonie seit 14 Jahren
- ein Myokardinfarkt vor 6 Jahren, mit Stentimplantation
- ein Prädiabetes , mit Empfehlung **einer Gewichtsreduktion**

Medikamente: Die Patientin nimmt regelmäßig folgende Medikamente:

Candesartan 12,5 mg (1-0-0) ASS 100 mg (1-0-0)

Simvastatin 20 mg (0-0-1) Sab Simplex b.B gegen Reflux

VD/DD:

Die anamnestischen Angaben deuten am ehesten auf eine pAVK hin.

Alternativ kommen eine TVT und ein diabetisches Fußsyndrom in Betracht.

Diagnostische Maßnahmen:

Zur Erhärtung meiner Verdachtsdiagnose werde ich folgende Maßnahmen veranlassen:

KU: mit Fokus auf Pulsstatus

Labor : BB, D-Dimer, Glucose, Lipidprofil, CRP

Duplexsonographie

Ggf. Röntgen-Angiographie

Therapie:

Falls sich mein Verdacht bestätigt, schlage ich folgende Therapie vor:

Änderung des Lebensstils: Nikotinkarenz, Gewichtsverlust

Für allen Stadien : Statine + ASS

Revaskularisation

Ggf. systemische Antibiose

Vorstellung:

Ich berichte über Herrn Bäcker.

Er ist 69 Jahre alt und adipös. Er kommt heute wegen Claudicatio intermittens zu uns.

Die Schmerzen bestehen seit einem Jahr,
treten derzeit nach einer Gehstrecke von weniger als 90 m auf.

Die Schmerzen sind progredient, dumpf im Charakter, in der linken Wade lokalisiert

mit Ausstrahlung in die Kniekehle. Die Schmerzintensität liegt bei 6-7/10 auf der Schmerzskala.

Zudem klagt er über Ruheschmerz seit einer Woche.

Begleitend zeigen sich Blässe und eine leichte Schwellung am betroffenen Unterschenkel.

Der Patient habe eine Hautverfärbung bemerkt.

Seit einige Tagen sei der linke Vorfuß bläulich und die Haut um den großen Zehnnagel schwärzlich.

Vegetativ ergab sich eine gelegentliche Diarrhö sowie Husten seit mehreren Jahren. Die weitere vegetative Anamnese ist unauffällig.

Relevante Vorerkrankungen sind eine arterielle Hypertonie seit 14 Jahren,

ein Myokardinfarkt vor 6 Jahren mit Stentimplantation sowie ein Prädiabetes

mit Empfehlung einer Gewichtsreduktion.

Der Patient nimmt regelmäßig ASS, Candesartan und Simvastatin ein.

Der Patient reagiert allergisch auf Metoprolol und Enalapril.

Erwähnenswert ist, dass der Patient starker Raucher ist, wir sprechen von 75 py. Er trinkt ebenfalls 2-3 Gläser Wein tägl.

In der Familienanamnese haben wir beim Vater ein Larynxkarzinom und bei der Mutter einen Myokardinfarkt.

Der Patient war Tischler von Beruf, ist geschieden und hat 2 Kinder. Er kümmert sich um seine gehbehinderte Tochter.

VD/DD:

Aufgrund der anamnestischen Angaben habe ich den Verdacht auf eine pAVK.

Die Symptome wie Claudicatio intermittens, Blässe am betroffenen Unterschenkel sowie die Hautverfärbungen in Kombination mit dem übermäßigen Nikotinkonsum sprechen stark dafür.

Das Beinödem spricht gegen eine pAVK. Deswegen sollte ich das inspizieren.

Als Differentialdiagnose kommen eine TVT und ein diabetisches Fußsyndrom in Betracht.

Bei einer TVT erwarten wir eine Überwärmung, Schwellung sowie bläulich-livide Verfärbungen am betroffenen Beine. Die Beschwerden lindern sich i.d.R. bei Hochlagerung der Beine.

Die Tatsache, dass ein Bewegungsmangel in den letzten 4 Wochen vorliegt ?? ich verstehe nicht, hatte der Pat. seit 4 Wochen Bewegungsmangel? ,

Immobilisation, Operationen, Frakturen, längere Reise, die Einnahme der Pille gehören zu den Risikofaktoren einer TVT? einer pAVK?

Ein diabetisches Fußsyndrom ist eine häufige Komplikation des Diabetes mellitus. Aber bei diesem Patient wurde Prädiabetes erst vor einem Monat festgestellt. Bei einem diabetischen Fuß erwarten wir Ulzera besonders am Fußballen

und **der** Ferse sowie warme Beine und trockene Haut .

Beim metabolischen Syndrom **sind** Adipositas, Hypertonie, Dyslipoproteinämie und Glukosetoleranzstörung **RF**.

Bei der Entstehung einer kardiovaskulären Erkrankung spielen Bewegungsmangel, **eine** hyperkalorische Ernährung sowie **ein** metabolisches Syndrom eine wichtige Rolle.

Die pAVK wird klinisch in 4 Stadien eingeteilt.

Wie erwähnt, beklagt **der Pat. einen** Ruheschmerz, das heißt Stadium 3 . Falls eine Nekrose vorliegt, haben wir Stadium 4.

Procedere :

Als Erstes werde ich den Patienten stationär aufnehmen und körperlich untersuchen.

Alle Untersuchungen **der** unteren Extremitäten sollten im **Seitenvergleich** durchgeführt werden.

Bei der Inspektion suche ich nach Anzeichen einer Nekrose sowie Blässe.

Dann werde ich **den** Umfang des Beines messen, um ein Beinödem zu bestätigen. Bei **der** Palpation konzentriere ich mich auf Pulsstatus besonders A. dorsalis pedis und A. Tibialis posterior sowie die Temperatur. Wir erwarten **i.d.R. kalte Beine** Kältegefühl.

Anschließend werde ich dem Patienten Blut abnehmen. Laborchemisch brauche

ich unbedingt BB, Gerinnungsfaktoren, CRP, Elektrolyte und Glucose.

Apparativ werde ich eine Duplexsonografie veranlassen. Dadurch können wir eine Stenose bestätigen.

Der Knöchel-Arm-Index kann zur Verlaufsbeurteilung einer pAVK sehr hilfreich sein.

Weitere Untersuchungen wie CT/MRT-Angiografie sollten bei diesem Patient eingesetzt werden.

Therapie:

Bei einer PAVK stehen Nikotinkarenz sowie Ernährungsumstellung im Vordergrund.

Im Stadium 3 und 4 oder bei einem akuten Gefäßverschluss sollten interventionelle (z.B Angioplastie mit Stenteinlage) oder operative Therapien(wie Bypass)durchgeführt werden.

Bei diesem Patient sollten Blutdruck und Glucosewerte gut eingestellt werden.

Falls ein Infektion vorliegt,werde ich dem Patienten **eine** systemische Antibiot**ika** verabreichen.

Sven Frühling

Urämie

Alter	Größe	Gewicht
46 Jahre	185 cm	76 kg

Allergien / Unverträglichkeiten

Bei dem Patienten sind keine Allergien bekannt.

Genussmittel / Drogen

Nikotin- ,Alkohol- und Drogenkonsum wurden verneint.

Sozialanamnese

Der Patient arbeitet als Redakteur ,davor war er Profi-Fußballer.Er lebt in einer festen Partnerschaft,hat ein Kind und zurzeit ist wegen der Beschwerden sehr beunruhigt.

amilienanamnese

Der Vater ist mit 65 Jahren an einer Leberzirrhose gestorben.

Herr Frühling, ein 46-jähriger Patient in reduziertem AZ und gutem EZ, kommt heute wegen Nausea und Vomitus zu uns.

Die Beschwerden bestehen seit einigen Tagen und gehen mit **einem** Druckgefühl im Oberbauch einher.

Die Frage nach Hämatemesis, Abdominalschmerzen und Diarrhö wurde verneint.

Begleitend zeigen sich Abgeschlagenheit und Blässe.

Zudem klagt der Patient über eine Oligurie trotz **erhöhter Trinkmenge**.

Darüber hinaus ist dem Patienten eine Neigung zu Hämatombildung sowie ein Foetor uraemicus aufgefallen.

In der vegetativen Anamnese finden sich eine Tagesschläfrigkeit sowie eine Gewichtszunahme von 2-3 kg in den letzten 2 Wochen trotz Inappetenz und Abneigung gegen alle Speise.

Die weitere vegetative Anamnese ist unauffällig.

Vorerkrankungen: In der Vorgeschichte ist Folgendes bekannt:

- eine** zweimalige rechtsseitige Kreuzbandläsion vor 20 Jahren und 17 Jahren, mit Knieprothese vor 5 Jahren

- ein Hüftgelenkproblem seit 5 Jahren (vermutlich eine Coxarthrose)

- eine arterielle Hypertonie seit 3 Jahren

Medikamente : Der Patient nimmt regelmäßig folgende Medikamente ein:

Pantoprazol 20 mg (1-0-1)

Ramipril 5 mg seit einem Jahr (1-0-0)

Diclofenac 100 mg seit 2 Wochen 3 mal tägl

langjährige Analgetika~~einnahme~~ während der aktiven Sportzeit

VD/DD:

Die anamnestischen Angaben deuten am ehesten auf eine terminale Niereninsuffizienz mit präurämischen Symptomen bei NSAR-Nephropathie hin.

Alternativ kommen ein renaler Hypertonus und eine Glomerulonephritis in Betracht.

Diagnostische Maßnahmen: Zur Erhärtung meiner Verdachtsdiagnose werde ich folgende Maßnahmen veranlassen:

KU: mit Fokus auf Vitalparameter

Labor : BB, BGA, Glucose, Kreatinin, CRP, Elektrolyte, U/A

Nierensonografie

Therapie: Falls sich mein Verdacht bestätigt, schlage ich folgende Therapie vor:

Flüssigkeitszufuhr / ~~Absetzen~~ von NSAID/Blutdruckeinstellung (unter 130/80 mmHg)

ggf. Dialyse

Vorstellung:

Ich berichte über Herrn Frühling.

Er ist 46 Jahre alt und kommt heute wegen Nausea und Vomit zu uns.

Die Beschwerden bestehen seit einigen Tagen und gehen mit ~~einem~~ Druckgefühl im Oberbauch einher.

Die Frage nach Hämatemesis, Abdominalschmerzen und Diarrhö wurde verneint.

Begleitend zeigen sich Abgeschlagenheit und Blässe.

Zudem klagt der Patient über eine Oligurie trotz **erhöhter Trinkmenge**.

Darüber hinaus ist dem Patienten eine Neigung zu Hämatombildung sowie ein Foetor uraemicus aufgefallen.

Vegetativ ergab sich eine Tagesschläfrigkeit sowie eine Gewichtszunahme von 2-3 kg in den letzten 2 Wochen trotz Inappetenz und Abneigung gegen alle Speise.

Die weitere vegetative Anamnese ist unauffällig.

Erwähnenswert ist **eine** langjährige Analgetika**einnahme** wegen einer **r** Kreuzbandläsion. Besonders in den letzten 2 Wochen nimmt der Patient Diclofenac 100 mg 3 **Mal** pro Tag ein.

Relevant ist eine arterielle Hypertonie seit 3 Jahren, die mit Ramipril eingestellt **ist**.

Bei dem Patienten sind keine Allergien bekannt.

Nikotin-, Alkohol- und Drogenkonsum wurden verneint.

Der Vater ist an einer **r** Leberzirrhose gestorben.

Der Patient arbeitet als **Sport-Redakteur**. Davor war er **Profi-Fußballer**. / Lizenzspieler/ Berufsfußballer

Er lebt in einer festen Partnerschaft, hat ein Kind und zurzeit ist **er** wegen der Beschwerden sehr beunruhigt.

VD/DD:

Aufgrund der anamnestischen Angaben habe ich den Verdacht auf eine terminale Niereninsuffizienz mit präurämischen

Symptomen bei NSAR-Nephropathie .

Die Symptome wie Nausea,Vomitus,Oligurie, Abgeschlagenheit sowie **die** Hautverfärbungen **en in Kombination** mit **der** übermäßigen Analgetika**einnahme** sprechen stark dafür.

Wegen des Foetor uraemicus, **der** Tagesschläfrigkeit sowie **der** Gewichtszunahme trotz Inappetenz sollten wir an einen **n** präurämischen Status denken.

Die Niereninsuffizienz kann auf der Basis verschiedener Nierenerkrankungen oder allgemeiner **Erkrankungen** entstehen.

Die häufigste Ursache ist die diabetische Nephropathie.

Als Differentialdiagnose kommen ein renaler Hypertonus und eine Glomerulonephritis in Betracht.

Bei einer Glomerulonephritis erwarten wir Ödeme vor allem an **den** Augenlidern und Unterschenkeln,Hypertonie ,Hämaturie und im Labor haben wir Proteinurie.

Procedere :

Als Erstes werde ich den Patienten stationär aufnehmen und körperlich untersuchen.

Bei der Inspektion suche ich nach Anzeichen von Ödemen **und ich untersuche die** grau-blasse Hautverfärbung.Falls ein Lungenödem vorliegt,haben wir **eine** gedämpften Klopfschall **bei der Perkussion.**

Bei einer chronische Nierenerkrankungen erwarten wir oftmals **ein** interstitielles Lungenödem oder **eine** fluid lung.Normalerweise hören wir bei Lungenödem**en** feuchte Rasselgeräusche ab.Aber bei **einer** fluid lung befindet sich die Flüssigkeit nicht im alveolären Raum deshalb auskultieren wir keine feuchten **n** Rasselgeräusche.

Anschließend werde ich dem Patienten Blut abnehmen. Laborchemisch brauche

ich unbedingt Kreatinin, Harnstoff, Harnsäure als Retentionsparameter, BB, BGA, CRP, Elektrolyte insbesondere Kalium, Calcium, Phosphat, Glucose und U/A.

Bei **der** Urinanalyse sind Hämaturie und Proteinurie die typischen Parameter, um eine Glomerulonephritis auszuschließen.

Apparativ werde ich eine Nierensonographie veranlassen. Dadurch können wir nicht nur die Größe und Parenchymdicke der Nieren beurteilen, sondern auch eine chronischen von einer **akuten** Nierenschädigung abgrenzen.

Bei chronischen Nierenerkrankungen erwarten wir Schrumpfnieren.

Beim Vorliegen einer Glomerulonephritis kann **eine** Biopsie der Nieren hilfreich sein.

Therapie: Bei diesem Patienten **en** stehen **die** Vermeidung von nephrotoxischen **n** Substanzen wie NSAR sowie **die** Blutdruckeinstellung im Vordergrund.

Ich werde dem Patienten Flüssigkeit geben mit Überwachung der Ein- und Ausfuhr, um Ödeme zu vermeiden.

Kontrolle und Korrektur der Elektrolyte wie Kalium und Säure-Basen-Haushalte ist notwendig.

Indikation einer Dialysetherapie bestehen aus Azidose (bei einem PH unter 7,2), symptomatische Urämie (unter anderem **m** urämische Perikarditis, urämische Enzephalopathie), Überwässerung wie Lungenödem und Elektrolytentgleisung (Kalium über 6,5).

Beim Vorliegen einer Anämie sollte Erythropoietin eingesetzt

werden.

Die GFR ist die Abkürzung von glomeruläre Filtrationsrate .Wir brauchen diese Parameter zur Beurteilung der Nierenfunktion, **die GRF ?** hängt vom Alter,Geschlecht und **der** Muskelmasse ab.

Frank Meyer-Raibach

Alter	Größe	Gewicht
62 Jahre	175 cm	80 kg

Allergien / Unverträglichkeiten

Bei dem Patienten sind keine Allergien bekannt.

Genussmittel / Drogen

Der Patient trinkt seit 25 Jahren 2-3 Flaschen Bier tägl.

Nikotin- und Drogenkonsum wurden verneint.

Der Patient ist Frührente,davor hat er als Schreiner gearbeitet.

Er ist verheiratet, hat einen Sohn und lebt mit seiner Frau zusammen.

Er ist wegen der aktuellen Beschwerden beunruhigt.

Familienanamnese

Der Vater ist mit 70 Jahren an einem Ileus gestorben.

Die Mutter leidet an einer Herzinsuffizienz.

Herr Meyer-Raibach,ein 62-jähriger Patient in reduziertem AZ und übergewichtigem EZ, kommt heute wegen Blutbeimengung im Stuhl zu uns.

Seit 2 Wochen **bemerkt** der Patient teils **Blutbeimengungen**,teils Blutauflagerung .Das Blut sei dunkel und gelegentlich **schleimig**, die Menge des Blutes sei wechselnd und die Darmentleerung sei

schmerzlos.

Diese Beschwerde geht mit gelegentlichen Schmerzen im mittleren Unterbauch einher.

Die Schmerzen sind ziehend im Charakter und liegen bei 5-6/10 auf der Schmerzskala.

Der Patient isst normalerweise scharfe Speisen und viel Fleisch.

In der vegetativen Anamnese finden sich eine stressbedingte Schlafstörung, eine Abneigung gegen Fleisch sowie ein Gewichtsverlust von 5 kg in den letzten 6 Monaten.

Vorerkrankungen:

In der Vorgeschichte ist Folgendes bekannt:

-eine Perforation des Ulcus duodeni vor 20 Jahren, die operativ (mit Übernähung) behandelt wurde.

-ein Herpes Zoster vor 4 Monaten sowie eine Post-Zoster-Neuralgie mit Behandlung auf einer Schmerzstation

Medikamente:

Der Patient nimmt regelmäßig folgende Medikamente:

Pantoprazol 20 mg seit einer Woche (0-0-1)

Novaminsulfon 40 Tropfen b.B

Tramadol 100 mg b.B

VD/DD:

Die anamnestischen Angaben deuten am ehesten auf ein kolorektales Karzinom hin.

Alternativ kommen eine Colitis ulcerosa und eine Divertikulitis in

Betracht.

Diagnostische Maßnahmen:

Zur Erhärtung meiner Verdachtsdiagnose werde ich folgende Maßnahmen veranlassen:

KU: mit Fokus auf digital Rektale Untersuchung

Labor: BB, Elektrolyte ,AST,ALT,INR,PT,PTT,CEA,CA19-9

Komplette Koloskopie mit Biopsie

Abdomensonografie

CT des Abdomens und Thorax

Therapie:

Falls sich mein Verdacht bestätigt, schlage ich folgende Therapie vor:

Ernährungsumstellung

chirurgisches und onkologisches **K**onsil

chirurgische Resektion: je nach Tumorlokalisation

adjuvante Chemotherapie

Radiotherapie im Rektumbereich

Vorstellung:

Ich berichte über Herrn Meyer-Raibach.

Er ist 62 Jahre alt und kommt heute wegen Blutbeimengungen**en** im Stuhl zu uns.

Seit 2 Wochen **hat** der Patient mehrfache**e** Blutbeimengungen

und Blutauflagerung abgesetzt .Das Blut sei dunkel und gelegentlich **schleimig** , die Menge des Blutes sei wechselnd und die Darmentleerung sei schmerzlos.

Diese Beschwerde geht mit gelegentlichen Schmerzen im mittleren Unterbauch einher.

Die Schmerzen sind **ziehend** im Charakter und liegen bei 5-6/10 auf der Schmerzskala.

Erwähnenswert ist **ein** übermäßiger Fleischverzehr.

Vegetativ ergab sich eine stressbedingte Schlafstörung,eine Abneigung gegen Fleisch sowie ein **Gewichtsverlust** von 5 kg in den letzten 6 Monaten.

In der Vorgeschichte finden sich eine Operation vor 20 Jahren wegen **einer** Ulcus duodeni-Perforation sowie eine Post-Zoster-Neuralgie mit Behandlung auf **einer** Schmerzstation.

Gegen **die Schmerzen** nimmt der Patient

Novaminsulfon und Tramadol b.B und Pantoprazol als Magenschutz ein.

Der Patient trinkt seit 25 Jahren 2-3 Flaschen Bier tägl.

In der Familienanamnese gibt es keine Fälle von karzinomatösen Erkrankungen.

Der Patient ist **in** Frührente,davor hat er als Schreiner gearbeitet.

Er ist verheiratet und hat einen Sohn. Derzeit ist er wegen der aktuellen Beschwerden beunruhigt.

VD/DD:

Aufgrund der Symptomatik habe ich den Verdacht auf ein kolorektales Karzinom.

Die Lokalisation der Schmerzen und die **rektalen** Blutabgänge in Kombination mit **dem** merklichen Gewichtsverlust sprechen stark dafür.

Zu den Risikofaktoren gehören das Alter des Patienten, Alkoholkonsum, übermäßige Fleischverzehr und **eine** ballaststoffarme **Ernährung**.

Als Differentialdiagnose kommen eine Colitis ulcerosa, eine Divertikulitis ,ein benigner Tumor(Polypen) in Betracht.

Altersbedingt haben etwa 50% der Patienten mit einem kolorektalen Karzinom gleichzeitig symptomatische Hämorrhoiden.

Deswegen sollte **man** bei jedem rektalen Blutabgang an einem kolorektales Karzinom denken .

Typische Symptome bei einer Colitis ulcerosa sind **blutige**,**schleimige** Diarrhö,Bauchschmerzen,Tenesmen sowie **extraintestinale** Manifestation wie Arthritis.

Bei einer Divertikulitis erwarten wir **akute,progrediente** Schmerzen im linken Unterbauch,Fieber sowie Stuhlveränderungen.

Bei jeder Blutung sollten zuerst **die** Vitalparameter überprüft werden,um eine Kreislaufstabilisierung zu bestätigen.

Bei der Inspektion konzentriere ich mich auf Zeichen einer Anämie wie Hautblässe. Dann suche ich nach einer Lymphadenopathie oder einem tastbaren Tumor.

Die digitale Rektaluntersuchung spielt bei diesem Patienten eine wichtige Rolle.Dadurch können wir nicht nur eine untere gastrointestinale Blutung,sondern auch Hämorrhoiden sowie Tumore im Analbereich ausschließen.

Anschließend werde ich dem Patienten Blut

abnehmen. Laborchemisch benötige ich BB,CRP, Elektrolyte sowie Tumormarker wie CEA zur Verlaufskontrolle.

Die wichtigste diagnostische Maßnahme ist die komplette Koloskopie mit histologischer Untersuchung von Biopsien. Beim Tumorstaging sollten weitere Verfahren wie Abdomensonographie ,CT von Abdomen und Thorax durchgeführt werden,um Metastasen zu finden.

Falls ein Tumor im Rektalbereich vorliegt,kann **eine** rektale Endosonographie zur Beurteilung der lokalen Tumorausdehnung hilfreich sein.

Die Therapie des kolorektalen Karzinoms ist abhängig von Stadium und Lage des Tumors.

Bei der kurativen Therapie steht je nach Stadium die radikale Resektion im Vordergrund.

Zudem sollte je nach Stadium und Lokalisation des Tumors neoadjuvant oder adjuvant Radio-/Chemotherapie eingesetzt werden.

Eine endoskopische Abtragung ist beim Vorliegen der Polypen **möglich./ erforderlich**

In diesem Fall werde ich einen Chirurgen und Onkologen hinzuziehen **und ich** empfehle dem Patienten,die Ernährung umzustellen.

Johann Bartels

Alter	Größe	Gewicht
55 Jahre	172 cm	87-88 kg

Bei dem Patienten sind keine Allergien bekannt.

Genussmittel / Drogen

Der Patient raucht gelegentlich Zigarillos.

Er trinkt seit xxx Jahren 2-3 Gläser Bier tägl. und gelegentlich (Kümmel = **muss man nicht**

unbedingt aufgeschrieben, nur verstehen, was das ist) Schnaps.

Drogenkonsum wurde verneint.

Sozialanamnese

Der Patient arbeitet als **Speditions**kaufmann und **ist** seit 4 Wochen

wegen Rückenschmerzen krankgeschrieben.

Er ist geschieden und hat 3 Kinder.

Familienanamnese

Der Vater ist an einem Leberkarzinom gestorben.

Die Mutter leidet an einem Diabetes mellitus Typ 1.

Herr Bartels, ein 55-jähriger Patient in reduziertem AZ und übergewichtigem EZ, kommt heute wegen anhaltender Schmerzen im mittleren Oberbauch zu uns.

Die Schmerzen bestehen seit 24 Stunden und sind plötzlich aufgetreten. Sie sind teils bohrend, teils reißend (im Charakter), strahlen **in die linke** Flanke und in den Rücken aus und liegen bei 8/10 auf der Schmerzskala.

Begleitend zeigen sich Übelkeit, zweimaliges Erbrechen von Mageninhalt sowie Meteorismus.

Darüber hinaus berichtet der Patient, dass er zuletzt viel Alkohol getrunken und **fettreich** gegessen habe.

Der Patient ernährt sich normalerweise fettreich.

In der vegetativen Anamnese finden sich eine beschwerbedingte Schlafstörung und Inappetenz. **Der letzte Stuhlgang war gestern.**

Die weitere vegetative Anamnese ist unauffällig.

Vorerkrankungen:

In der Vorgeschichte ist Folgendes bekannt:

- Rippenfrakturen vor 5 und 3 Jahren nach Trauma
- Eine Nephrolithiasis vor 6 Monaten, die mit ESWL behandelt wurde.
- ein Prädiabetes seit 6 Monaten

Medikamente:

Abgesehen von Allopurinol 300 mg tägl. nimmt der Patient regelmäßig keine Medikamente ein.

VD/DD:

Die anamnestischen Angaben deuten am ehesten auf eine akute Pankreatitis bei Alkoholabusus hin.

Alternativ kommen ein Ulcus ventriculie, eine Cholezystitis und eine Mesenterialschämie in Betracht.

Procedere:

Zur Erhärtung meiner Verdachtsdiagnose werde ich folgende Maßnahmen veranlassen:

KU: mit Fokus auf Vitalparameter und Hautveränderungen

Labor :BB,AST,ALT,ALKP,Lipase,Amylase,CRP,LDH,Elektrolyte,U/A

Sonografie

Ggf. CT mit Kontrastmittel, ERCP, Endosonographie

Therapie:

Falls sich mein Verdacht bestätigt, schlage ich folgende Therapie vor:

Flüssigkeitszufuhr

Analgetikagabe

PPI zur Stressulkusprophylaxe

ggf. Antibiotika, ERCP, chirurgische Intervention

Vorstellung:

Ich berichte heute über Herrn Bartels.

Er ist 55 Jahre alt in reduziertem AZ und übergewichtigem EZ.

Er kommt heute wegen anhaltender Schmerzen im mittleren Oberbauch zu uns.

Die Schmerzen bestehen seit 24 Stunden und sind plötzlich aufgetreten. Sie sind teils bohrend, teils reißend, strahlen in die linke Flanke und in den Rücken aus und liegen bei 8/10 auf der Schmerzskala.

Begleitend zeigen sich Übelkeit, zweimaliges Erbrechen von Mageninhalt sowie Meteorismus.

Erwähnenswert ist ein übermäßiger Alkoholkonsum und Fleischverzehr in den letzten Stunden.

Der Patient ernährt sich normalerweise fettreich.

Vegetativ ergab sich eine beschwerbedingte Schlafstörung und Inappetenz

Der letzte Stuhlgang war gestern.

Die weitere vegetative Anamnese ist unauffällig

Bekannte Vorerkrankungen sind ein Prädiabetes, der mit

Umstellung des Lebensstil behandelt wird sowie

eine Nephrolithiasis vor 6 Monaten, die mit ESWL behandelt wurde

und seitdem nimmt der Patient Allopurinol 300 mg ein.

Bei dem Patienten sind keine Allergien bekannt.

Der Patient raucht gelegentlich Zigarillos.

Wichtig ist auch ein regelmäßiger Alkoholkonsum. Wir sprechen von 2-3 Gläsern B pro Tag und gelegentlich

Kümmelschnaps.

In der Familienanamnese haben wir ein Leberkarzinom beim Vater und einen Diabetes mellitus Typ 1 bei der Mutter.

Der Patient arbeitet als Speditionskaufmann und ist seit 4 Wochen wegen Rückenschmerzen krankgeschrieben.

Er ist geschieden und hat 3 Kinder.

VD/DD:

Aufgrund der Symptomatik habe ich den Verdacht auf eine akute Pankreatitis bei Alkoholabusus.

Die Lokalisation und die Ausstrahlung der Schmerzen,

Nausea und Vomitus in Kombination mit dem übermäßigen

Alkoholkonsum sprechen stark dafür.

Die Tatsache, dass die Schmerzen gürtelförmig sind, lässt ebenfalls eine **a**kute Pankreatitis vermuten.

Als Differentialdiagnose kommen ein Ulcus ventriculi,
eine Cholangitis und eine Mesenterialischämie in Betracht.

Bei einer Mesenterialarterienstenose erwarten wir ähnliche Beschwerden wie kolikartige abdominelle Schmerzen, Nausea und Vomitus. **Ein wichtiger** Hinweis ist, dass das Abdomen bei der klinischen Untersuchung relativ unauffällig ist.

Bei einem Ulcus ventriculi haben wir Schmerzen im Epigastrium, die in der Regel in Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme auftreten.

Die Symptome wie Schmerzen im rechten Oberbauch, Ikterus und Fieber als Charcot-Trias deuten am ehesten auf eine Cholangitis hin.

Die Tatsache, dass der Pat. kein Fieber und **keinen** Ikterus **hat**, spricht dagegen.

Procedere:

Jede akute Pankreatitis muss stationär überwacht werden.

Bei diesem Patienten werde ich zuerst **die** Vitalparameter überprüfen, um **den** Schweregrad einzuschätzen.

Bei der Inspektion suche ich nach Zeichen einer

Hautveränderung wie Ikterus ,Cullen-Zeichen sowie Grey-Turner-Zeichen. Dann taste ich den Bauch ab und bei 60% dem Patienten haben wir Gummibauch, das heißt eine prall-elastische Bauchdecke. Falls ein paralytischer Ileus vorliegt, erwarten wir bei der Auskultation spärliche Darmgeräusche.

Anschließend werde ich dem Patienten Blut abnehmen. Laborchemisch benötige

ich BB,CRP, Elektrolyte,Amylase,Lipase als Pankreasenzyme sowie Leberfunktionstests wie AST,ALT.

Eine Erhöhung der Lipase und Amylase über das Dreifache der Norm gilt als deutlicher Hinweis auf das Vorliegen einer Pankreatitis. Über 3-fache Erhöhung der ALT-Werte weist auf eine Pankreatitis mit biliärer Genese hin.

Es gibt auch einige prognostische Parameter wie Hypokalzämie, erhöhte CRP,LDH und Hämatokrit.

Sie weisen auf die Entwicklung einer schweren Pankreatitis hin.

Apparativ werde ich eine Sonografie veranlassen. Dadurch können wir eine Akute Pankreatitis bestätigen.

Der häufigste Befund ist eine ödematöse Aufquellung.

Beim Vorliegen eines Abszess oder einer Nekrose sollten wir an Komplikationen denken.

Weitere Untersuchungen wie CT werden mögliche Nekrosen beurteilt.

Therapie:

Bei einer akuten Pankreatitis steht die Kreislaufstabilisierung im Vordergrund. Deswegen gebe ich dem Patienten sofort Flüssigkeit.

Außerdem werde ich dem **m** Patienten
Analgetika und Pantoprazol i.v. zur Stressulkusprophylaxe
verabreichen.

In diesem Fall ist eine Nahrungskarenz **erforderlich** bis
der Patient schmerzfrei ist sowie **eine** Thromboseprophylaxe.
Zusätzlich werde ich dem Patienten eine nasale Magensonde
zur Vermeidung einer Aspiration und eines paralytischen Ileus anlegen.

Eine antibiotische Therapie sowie

intensivmedizinische Maßnahmen sind bei Komplikationen notwendig.

Zur Rezidivprophylaxe ist Alkoholkarenz von Bedeutung.

Deswegen empfehle ich dem Patienten, mit dem Rauchen aufzuhören.

Kevin Holthusen		
Alter	Größe	Gewicht
32 Jahre	170 cm	68 kg

Allergien / Unverträglichkeiten

Der Patient reagiert allergisch auf Milben, Erdnüsse und Weizen.

Er hat **eine** Laktoseintoleranz.

Genussmittel / Drogen

Der Patient trinkt eine Flasche Wein am Wochenende.

Er hat vor 10 Jahren Kokain konsumiert.

Nikotinkonsum wurde verneint.

Sozialanamnese

Der Patient ist Beamter von Beruf.

Er lebt in einer festen Partnerschaft, hat keine Kinder und **ist**
zurzeit er wegen der/ **seiner aktuellen** Beschwerden sehr

beunruhigt.

Familienanamnese

Die Familienanamnese ist unauffällig.

Herr Holthusen, ein 32-jähriger Patient in reduziertem AZ und gutem EZ, kommt heute

wegen progredienter Abgeschlagenheit zu uns. Die Beschwerde besteht seit 3 Monaten

und geht mit **einer** Belastungsdyspnoe und

Konzentrationsstörungen einher. Begleitend zeigt sich **eine** Hämatomneigung seit 2 Monaten. Zudem habe der Patient Zahnfleischbluten beim **Zähneputzen** bemerkt.

In der vegetativen Anamnese finden sich eine Hypersomnie, Inappetenz sowie ein

Gewichtsverlust (o.g.A) in den letzten 3 Monaten.

Die weitere vegetative Anamnese ist unauffällig.

Vorerkrankungen:

In der Vorgeschichte ist Folgendes bekannt:

eine Nasenbeinfraktur mit 20 Jahren, die **konservativ** behandelt wurde,

eine Neurodermitis,

eine Appendektomie mit 10 Jahren,

eine Tonsillektomie mit 15 Jahren

Medikamente:

Der Patient nimmt Cortisonsalbe und Nasenspray b.B sowie

Vitamintabletten in den letzten Wochen.

VD/DD:

Die anamnestischen Angaben deuten am ehesten auf eine akute Leukämie hin.

Alternativ kommen eine aplastische Anämie und ein Lymphom in Betracht.

Diagnostische Maßnahmen:

Zur Erhärtung meiner Verdachtsdiagnose werde ich folgende Maßnahmen veranlassen:

KU: mit Fokus auf Zeichen einer Anämie

Labor :BB,LDH,Harnsäure,Kreatinin, CRP,Elektrolyte

Blutausstrich

Knochenmarkuntersuchung : die Knochenmarkzytologie und -histologie

Therapie:

Falls sich mein Verdacht bestätigt,schlage ich folgende Therapie vor:

Chemotherapie

Vorstellung:

Ich berichte über Herrn Holthusen.

Er ist 32 Jahre alt und kommt heute

wegen progredienter Abgeschlagenheit zu uns.

Die Beschwerde besteht seit 3 Monaten und geht mit einer Belastungsdyspnoe und Konzentrationsstörungen einher.

Begleitend zeigt sich eine Hämatomneigung seit 2 Monaten

sowie Zahnfleischbluten seit 2 Wochen.

Vegetativ ergab sich eine Hypersomnie, Inappetenz sowie ein Gewichtsverlust (o.g.A)

in den letzten 3 Monaten. Die weitere vegetative Anamnese ist unauffällig.

Es gibt keine relevanten Vorerkrankungen.

Der Patient reagiert allergisch auf Milben, Erdnüsse und Weizen
und hat eine Laktoseintoleranz.

Er ist Nichtraucher und trinkt eine Flasche Wein am Wochenende.

Die Familienanamnese ist unauffällig.

Der Patient ist Beamter. Er lebt in einer festen Partnerschaft und hat keine Kinder.

VD/DD:

Aufgrund der Symptomatik habe ich den Verdacht auf eine akute Leukämie.

Die progrediente Abgeschlagenheit, Belastungsdyspnoe und Konzentrationsstörungen besonders bei jungen Männern in Kombination mit Blutungsneigung sprechen stark dafür.

Als Differentialdiagnose kommen eine aplastische Anämie und ein Lymphom

in Betracht.

Wegen einer Panzytopenie haben wir vielfältige Symptome wie vermehrte Infekte, Fieber, Belastungsdyspno, Blässe, Hämatome, Nasenbluten und so weiter, deswegen ist es leider schwer, eine Leukämie zu diagnostizieren.

Procedere:

Als ersten Schritt werde ich den Patienten körperlich untersuchen.

Bei der Inspektion suche ich nach Zeichen einer Hautveränderung wie Hämatome und Blässe. Dann palpiere ich den Bauch und konzentriere mich auf eine mögliche Splenomegalie oder

Hepatomegalie.

Anschließend werde ich dem Patienten Blut abnehmen.

Laborchemisch benötige ich ein BB und Differenzialblutbild,

Gerinnungsfaktor^{en},

Harnsäure und LDH.

Bei einer Leukämie können wir Leukozytose sowie Leukopenie erwarten.

Eine normale Leukozytenzahl ist auch möglich.

Eine Anämie und Thrombozytopenie gelten als deutlicher Hinweis auf das Vorliegen einer akuten Leukämie.

Bei Anstieg der Zelluntergänge erwarte ich erhöhte LDH und Harnsäure.

Um eine Leukämie zu bestätigen, ist der Blutausstrich von großer Bedeutung.

Unreife Zellen (Blasten) deuten auf eine akute Leukämie hin.

Die Diagnose einer akuten Leukämie wird durch die

Knochenmarkzytologie

und Histologie gesichert.

Als diagnostisches Verfahren bei einer ALL kommt eine Lumbalpunktion infrage.

Um Metastasen auszuschließen, werde ich ein Röntgen-Thorax und eine Abdomensonografie einleiten.

Therapie:

Therapie der Wahl bei akuten Leukämien ist die Chemotherapie.

Die Behandlung der AML besteht aus einer Induktionstherapie mit dem Ziel

der kompletten Remission und anschließender Erhaltungstherapie.

Marion Diekmann

Alter	Größe	Gewicht
61 Jahre	170 cm	90 kg

Allergien / Unverträglichkeiten

Die Patientin reagiert allergisch auf Erdbeeren.

Genussmittel / Drogen

Die Patientin raucht 10 py.

Sie trinkt seit 10 Jahren eine Flasche Bier **pro Woche**.

Drogenkonsum wurde verneint.

Sozialanamnese

Die Patientin ist Projektleiterin (bei Telekom),verheiratet und hat 2 Töchter.

Familienanamnese

Der Vater litt an einem Diabetes mellitus Typ 2 sowie an einer arteriellen Hypertonie.

Die Mutter leidet an einem Diabetes mellitus Typ 2.

Frau Diekmann, eine 61-jährige Patientin in reduziertem AZ und adipösem EZ,

kommt heute wegen progredienter Müdigkeit zu uns.

Die Beschwerde besteht seit anderthalb Monaten und geht mit Polyphagie,Polydipsie und Polyurie einher.

Zudem beklagte die Patientin eine Belastungsdyspnoe und Unterschenkelödeme in den letzten Wochen.

Begleitend zeigen sich Pruritus sowie Parästhesien an den Beinen.

In der vegetativen Anamnese finden sich eine Schlafstörung

wegen einer Rhonchopathie (vermutlich eine Schlafapnoe),

eine Nykturie,eine Obstipation sowie eine Gewichtszunahme von 10 kg

im letzten Jahr. Die Frage nach Fieber, Schüttelfrost und Nachtschweiß wurde verneint.

Vorerkrankung:

In der Vorgeschichte ist Folgendes bekannt:

- eine arterielle Hypertonie seit 10 Jahren
- eine hypertensive Krise 2014, die stationär behandelt wurde.
- eine Arthritis urica (der letzte Gichtanfall war vor einem Jahr)
- eine Tonsillektomie in der Kindheit

Medikamente:

Die Patientin nimmt regelmäßig folgende Medikamente ein:

Ramipril 5 mg (1-0-0)

HCT 25 mg 1/2 Tab.(1-0-0)

Allopurinol 300 mg

VD/DD:

Die anamnestischen Angaben deuten am ehesten auf einen Diabetes mellitus Typ 2 hin.

Alternativ kommen eine Niereninsuffizienz und ein Diabetes insipidus in Betracht.

Prozedere:

Zur Erhärtung meiner Verdachtsdiagnose werde ich folgende

Maßnahmen veranlassen:

KU:mit Fokus auf neurologische und Augenuntersuchung sowie Anzeichen

von Beinödemen

Labor: BZ, BB, Kreatinin, Elektrolyte, CRP, U/A, HBA1C

EKG

Nierensonografie

Echokardiografie

Untersuchung des Augenhintergrundes

Therapie:

Falls sich mein Verdacht bestätigt, schlage ich folgende Therapie vor:

Ernährungsumstellung und ballaststoffreiche Ernährung

körperliche Aktivität

Nikotinkarenz

Gewichtsnormalisierung

Je nach Stufe medikamentöse oder Insulin Therapie

Vorstellung :

Heute haben wir eine neue Patientin.

Ich berichte über Frau Diekmann.

Sie ist 61 Jahre alt und adipös. Sie kommt heute wegen progredienter Müdigkeit zu uns.

Die Beschwerde besteht seit anderthalb Monaten und geht mit

Polyphagie, Polydipsie und Polyurie einher.

Zudem beklagte die Patientin eine Belastungsdyspnoe und

Unterschenkelödeme

in den letzten Wochen.

Begleitend zeigen sich Pruritus sowie Parästhesien an den Beinen.

Vegetativ ergab sich eine Schlafstörung wegen einer Rhonchopathie (ich vermute eine Schlafapnoe), eine Nykturie, eine Obstipation sowie eine Gewichtszunahme von 10 kg im letzten Jahr. Die Frage nach Fieber, Schüttelfrost und Nachtschweiß wurde verneint.

Relevant ist eine arterielle Hypertonie, die mit Ramipril und HCT behandelt wird

sowie eine Arthritis **urica** und dagegen nimmt die Patientin Allopurinol ein.

Die Patientin hat eine Allergie gegen Erdbeeren.

Erwähnenswert ist eine familiäre Disposition von Diabetes mellitus Typ 2

bei den Eltern.

Die Patientin raucht 10 py und trinkt seit 10 Jahren eine Flasche Bier **pro Woche**.

Sie ist Projektleiterin (bei Telekom), verheiratet und hat 2 gesunde Töchter.

VD/DD:

Aufgrund der Symptomatik gehe ich von einem Diabetes mellitus Typ 2 aus.

Symptome wie progrediente Abgeschlagenheit, Belastungsdyspnoe in Kombination

mit Polyurie und Polydipsie sprechen stark dafür.

Die Symptomatik, die Adipositas und die Hypertonie sind typisch für einen Typ-2-Diabetes im Rahmen eines metabolischen Syndroms. Als Differentialdiagnose kommen eine Niereninsuffizienz und ein Diabetes insipidus in Betracht.

Prozedere:

Die Diabetes mellitus Typ 2 kann lange Zeit symptomfrei verlaufen.

Deswegen sollten wir die Patientin ganz ausführlich körperlich untersuchen.

Bei der Inspektion suche ich nach Zeichen einer Anämie sowie Wunden an den Füßen.

Um eine diabetische Neuropathie abzuklären, sollte der Reflexstatus sowie

Vibration und Temperaturempfinden überprüft werden.

Zur Erkennung einer Makroangiopathie sollten wir den Pulsstatus überprüfen sowie ein EKG schreiben.

Die Untersuchung des Augenhintergrundes ist zur Abklärung einer diabetischen Retinopathie von großer Bedeutung.

Anschließend werde ich der Patientin Blut abnehmen.

Laborchemisch benötige

ich BZ, BB, BGA, CRP, HbA1c, Elektrolyte, U/A.

Ein Gelegenheitsblutzucker über 200 mg/dl bei dieser sympathischen ???

Patientin sichert die Diagnose.

Der HbA1c Wert ist ein guter Hinweis, um den Blutzuckerspiegel in den letzten 2 Monaten einzuschätzen.

Bei der Urinanalyse sind Kreatininwerte und Mikroalbuminurie (d.h.

Albuminausscheidung unter 300 mg/dl) sehr sinnvoll, um eine diabetische Nephropathie auszuschließen.

Apparativ werde ich eine Nierensonographie veranlassen.

Dadurch können wir eine Niereninsuffizienz ausschließen.

Therapie:

Bei dieser Patientin stehen Gewichtsreduktion, körperliche Betätigung und

Ernährungsumstellung im Vordergrund.

Darüber hinaus empfehle ich der Patientin, mit dem Rauchen aufzuhören sowie an

einer Diabetes-Schulung teilzunehmen.

Jeder Diabetiker muss auf eine sorgfältige Fußhygiene achten.

Die Therapie der Wahl hängt von der Stufe ab.

Bei übergewichtigen Patienten wie dieser Patientin werden wir Metformin einsetzen.

Wenn der HbA1c-Wert durch eine adäquate Basistherapie und die kombinierte Gabe

von 2 oralen Antidiabetika nicht gut eingestellt ist, dann kommt Insulintherapie infrage.

Alexandra Herkenrath

Alter	Größe	Gewicht
70 Jahre	165 cm	85 kg

Allergien / Unverträglichkeiten

Die Patientin hat eine Allergie gegen Penicillin sowie Meeresfrüchte.

Genussmittel / Drogen

Die Patientin trinkt seit 10 Jahren 2 Gläser Likör.

Nikotin- und Drogenkonsum wurden verneint.

sozialanamnese

Die Patientin ist in Rente, davor hat sie als Hilfskraft

in **der** Küche gearbeitet.

Sie lebt in einer festen Partnerschaft und hat keine Kinder.

Familienanamnese

Der Vater ist im Weltkrieg gestorben.

Die Mutter litt an einem Diabetes mellitus Typ 2 sowie einer artriellen Hypertonie.

Frau Herkenrath, eine 70-jährige Patientin in reduziertem AZ und adipösem EZ ,

kommt heute wegen starker Polydipsie und Polyurie zu uns.

Die Beschwerden bestehen seit ca. 5 Tagen. Der Urin sei hell und nicht schäumend.

Begleitend zeigt sich eine progrediente Abgeschlagenheit mit Leistungsabfall.

Darüber hinaus habe die Patientin in den letzten 10 Tagen eine Nagelbettentzündung am Fuß

(wahrscheinlich Tinea unguium) sowie **einen** Pilz in den Leistenfalten (vermutlich eine Tinea inguinalis) bemerkt.

In der vegetativen Anamnese finden sich eine Schlafstörung wegen einer Nykturie, Inappetenz sowie ein Gewichtsverlust von 3 kg in den letzten 2 Wochen.

Die weitere vegetative Anamnese ist unauffällig.

Vorerkrankungen :

In der **V**orgeschichte ist Folgendes bekannt:

- Eine Cholezystitis vor 30 Jahren, die mit **offener** Cholezystektomie behandelt wurde.

-eine Hiatushernie mit Reflux

-eine Dyslipidämie

Medikamente:

Die Patientin nimmt regelmäßig folgende **Medikamente** ein:

Atorvastatin 20 mg (0-0-1)

Pantoprazol 40 mg b.B

ACE-Hemmer-Ratiopharm (Captopril 50 mg und HCT 25 mg)
einmal tägl.

VD/DD:

Die anamnestischen Angaben deuten am ehesten auf einen
Diabetes mellitus Typ 2 hin.

Alternativ kommen eine Niereninsuffizienz und ein Diabetes
insipidus in Betracht.

Prozedere:

Zur Erhärtung meiner Verdachtsdiagnose werde ich folgende
Maßnahmen veranlassen:

KU: mit Fokus auf neurologische und Augenuntersuchung sowie
Hautveränderungen

Labor: BZ, BB, Kreatinin, Elektrolyte, CRP, U/A, HBA1C

EKG

Nierensonografie

Echokardiografie

Untersuchung des Augenhintergrundes

Pilzkultur

Therapie:

Falls sich mein Verdacht bestätigt, schlage ich folgende Therapie vor:

Ernährungsumstellung und ballaststoffreiche Ernährung

körperliche Aktivität

Nikotinkarenz

Gewichtsnormierung

Je nach Stufe medikamentöse oder Insulin Therapie

lokale antimykotische Therapie

Vorstellung :

Heute haben wir eine neue Patientin.

Ich berichte über Frau Herkenrath.

Sie ist 70 Jahre alt und adipös. Sie kommt heute wegen

starker Polydipsie und Polyurie zu uns.

Die Beschwerden bestehen seit ca. 5 Tagen. Der Urin sei hell und nicht schäumend.

Begleitend zeigt sich eine progrediente Abgeschlagenheit mit Leistungsabfall.

Wichtig ist auch, dass die

Patientin in den letzten 10 Tagen eine Nagelbettentzündung am Fuß (wahrscheinlich Tinea unguium) sowie **einen** Pilz in den Leistenfalten bemerkt habe. Ich vermute eine Tinea inguinalis.

Vegetativ ergab sich eine Schlafstörung wegen einer Nykturie, Inappetenz sowie ein Gewichtsverlust von 3 kg in den letzten 2 Wochen.

Die weitere vegetative Anamnese ist unauffällig.

Relevante Vorerkrankungen sind eine arterielle Hypertonie, die mit ACE-Hemmer behandelt

wird sowie eine Dyslipoproteinämie und die Patientin **nimmt** dagegen Atorvastatin ein.

Die Patientin hat eine Allergie gegen Penicillin sowie Meeresfrüchte.

Sie trinkt seit 10 Jahren 2 Gläser Likör. Nikotin- und Drogenkonsum wurden verneint.

Erwähnenswert ist, dass mütterlicherseits **eine** familiäre Disposition für Diabetes Typ 2 vorliegt.

Die Patientin ist in Rente, davor hat sie als Hilfskraft in einer Küche gearbeitet.

Sie lebt in einer festen Partnerschaft und hat keine Kinder.

VD/DD:

Aufgrund der Symptomatik gehe ich von einem Diabetes mellitus Typ 2 aus.

Die Symptome wie Polydipsie und Polyurie in Kombination mit

progredienter

Abgeschlagenheit sprechen stark dafür.

Die Symptomatik, die Adipositas und die Hypertonie sind typisch für

einen Typ-2-Diabetes im Rahmen eines metabolischen Syndroms.

Zu den Risikofaktoren gehört auch eine familiäre Disposition von Diabetes Typ 2.

Als Differentialdiagnose kommen eine Niereninsuffizienz und ein Diabetes insipidus in Betracht.

Prozedere:

Der Diabetes mellitus Typ 2 kann lange Zeit symptomfrei verlaufen.

Deswegen sollten wir **die Patientin** ganz ausführlich körperlich untersuchen.

Bei der Inspektion suche ich nach Zeichen einer Anämie **und ich** sollte die Patientin/ **die Haut** genauer betrachten / **inspizieren, um festzustellen**, ob ein Tinea Inguinalis vorliegt.

Um eine diabetische Neuropathie abzuklären, sollten **der** Reflexstatus sowie Vibration und **das** Temperaturempfinden überprüft werden.

Zur Erkennung einer Makroangiopathie sollten wir **den** Pulsstatus überprüfen sowie ein EKG schreiben.

Die Untersuchung des Augenhintergrundes ist zur Abklärung einer diabetischen Retinopathie von großer Bedeutung.

Anschließend werde ich der Patientin Blut abnehmen.
Laborchemisch benötige
ich BZ,BB,BGA,CRP, HbA1C, Elektrolyte,U/A.
Ein Gelegenheitsblutzucker über 200 mg/dl bei dieser
sympathischen??? Patientin sichert die Diagnose.
Der HbA1c Wert ist ein guter Hinweis, um den Blutzuckerspiegel
in den letzten 2 Monaten einzuschätzen.
Bei der Urinanalyse sind Kreatininwerte und Mikroalbuminurie
(d.h. Albuminausscheidung unter 300 mg/dl) sehr sinnvoll,um
eine diabetische Nephropathie auszuschließen.

Apparativ werde ich eine Nierensonographie veranlassen.
Dadurch können wir eine Niereninsuffizienz ausschließen.

Bei dieser Patientin sind eine Entnahme von Schuppen sowie
Pilzkultur

zur Erregeridentifizierung erforderlich.

Therapie:

Bei dieser Patientin stehen Gewichtsreduktion, körperliche
Betätigung und
Ernährungsumstellung im Vordergrund.

Darüber hinaus empfehle ich der Patientin, mit dem Rauchen
aufzuhören sowie an
einer Diabetes-Schulung teilzunehmen.

Jeder Diabetiker muss auf eine sorgfältige Fußhygiene achten.
Falls eine begrenzte Pilzinfektion vorliegt,werde ich **h lokale**
Antimykotika verabreichen.

Therapie der Wahl hängt von der Stufe ab. Bei übergewichtigen
Patienten

wie dieser Patientin werden wir Metformin einsetzen.

Wenn der HbA1c-Wert durch eine adäquate Basistherapie
und die kombinierte Gabe von 2 oralen Antidiabetika nicht gut
eingestellt ist, dann kommt **eine** Insulintherapie infrage.

Patient/in

Datum

Friedrich Hernrichsmöller

Alter	Größe	Gewicht
73 Jahre	185 cm	80 kg

Allergien / Unverträglichkeiten

Bei dem Patienten sind keine Allergien bekannt.

Lebensmittel / Drogen

Der Patient raucht seit 20 Jahren (das ist nicht seit dem 20. Lj.) 10 Zigaretten tägl.

Er trinkt eine Flasche Wein tägl.

Drogenkonsum wurde verneint.

Sozialanamnese

Der Patient ist in Rente, davor hat er als Leiter eines Kaufhauses gearbeitet.

Er ist seit 2 Jahren verwitwet und hat 2 Kinder, die im Ausland leben.

Familienanamnese

Fremdanamnestisch konnten keine Angaben gemacht werden.

Herr Herrichsmöller, ein 73-jähriger Patient in gutem AZ, kommt heute in Begleitung seines Nachbarn wegen auffälligem Verhalten zu uns.

Der Patient ist ansprechbar, aber desorientiert zur Zeit.

Deshalb wurde die Anamnese mit dem Nachbarn, Herrn Schmidt, geführt.

Der Nachbar habe vor einigen Stunden bemerkt, dass die Wohnungstür des Patienten geöffnet gewesen sei

sowie überkochende Suppe auf dem Herd vergessen wurde.

Der Pat. sei in Hausschuhen zu seiner ehemaligen Arbeitsstelle gegangen.

Nach einer Stunde habe ein ehemaliger Kollege den Patienten nach Hause gebracht.

Der Patient habe jedoch keine Erinnerungen daran.(vermutlich ist das Urteilsvermögen ist gestört , **keine Erinnerung? das ist Amnesie**)

Die Amnesie besteht seit 2 Jahren, **hat sich** schleichend entwickelt(verstärkt) und geht

mit Konzentrationsmangel einher

Die Fremdgefährdung sei zum ersten Mal passiert.

Begleitend zeigen sich eine manchmalige grundlose Aggressivität,eine Apathie sowie Einschränkungen der Alltagsaktivitäten. **meinst du Apraxie?**

Die Frage nach Trauma wurde verneint.

In der vegetativen Anamnese finden sich ein **wechselnder** Appetit sowie eine Schlafstörung

und morgendliches Grübeln.(möglicher Hinweis auf Depression)

Die weitere vegetative Anamnese ist unauffällig.

Vorerkrankungen:

In der Vorgeschichte ist Folgendes bekannt:

-ein Lungenemphysem (o.g.A zur Behandlung)

-eine arterielle Hypertonie

-eine Dyslipidämie

-eine rechtsseitige Hüft-TEP vor 8 Jahren

Medikamente:

Der Patient nimmt ACE-Hemmer und Simvastatin ein.(o.g.A zur Dosierung)

VD/DD:

Die anamnestischen Angaben deuten am ehesten auf einen dementiellen Abbau (**eine Alzheimer-Krankheit)hin.**

Alternativ kommen ein Delir,eine **depressive Pseudodemenz und eine**

Hypothyreose in Betracht.

Prozedere:

Zur Erhärtung meiner Verdachtsdiagnose werde ich folgende Maßnahmen veranlassen:

KU: mit Fokus auf neurologische und psychologische Untersuchung (Mini-Mental-Status-Test und Uhrentest)

Labor: BZ, BB, TSH, T3, T4, Elektrolyte, CRP, Vit B12, Folsäure

cMRT

Therapie:

Falls sich mein Verdacht bestätigt, schlage ich folgende Therapie vor:

Aufnahme **in der** Akutgeriatrie

Sozialkonsil

körperliche Aktivität

kognitive Stimulation

Ergotherapie

Vorstellung:

Ich berichte heute über Herrn Herrichsmöller.

Er ist 73 Jahre alt und kommt heute wegen progredienter Amnesie zu uns.

Der Patient ist ansprechbar, aber desorientiert zur Zeit. Deshalb

wurde die Anamnese mit dem Nachbarn, Herrn Schmidt, geführt.

Der Nachbar habe vor einigen Stunden **bemrkt**,

dass die Wohnungstür des Patienten geöffnet **gewesen** sei und er überkochende Suppe auf dem Herd **vergessen habe**. . Nach einer Stunde habe ein ehemaliger Kollege den Patienten aus dem Kaufhaus nach Hause gebracht. Der Patient habe

jedoch keine Erinnerungen daran.(ich vermute, das Urteilsvermögen ist gestört).

Die Amnesie besteht seit 2 Jahren und sich schleichend entwickelt(verstärkt) und geht mit Konzentrationsstörung einher.

Erwähnenswert ist, dass es Fremdgefährdung zum ersten Mal zu einer Fremdgefährdung gekommen sein, was meinst du, gab es bisher Eigengefährdung? Welche?

Begleitend zeigen sich eine gelegentliche grundlose Aggressivität, eine Apathie sowie Einschränkungen der Alltagsaktivitäten.

Die Frage nach Trauma wurde verneint.

Vegetativ ergab sich eine wechselnder Appetit sowie

eine Schlafstörung und morgendliches Grübeln, das ein möglicher Hinweis auf eine Depression ist.

Die weitere vegetative Anamnese ist unauffällig.

Bekannte Vorerkrankungen sind eine arterielle Hypertonie, die mit ACE-Hemmer eingestellt ist und eine Dyslipidämie, die mit Simvastatin behandelt wird.

Bei dem Patienten sind keine Allergien bekannt.

Fremdanamnestisch konnten keine Angaben zur Familienanamnese gemacht werden.

Der Patient raucht ca. 26 py und trinkt täglich eine Flasche Wein tägl. seit wann

Der Patient ist in Rente, davor hat er als Leiter eines Kaufhauses gearbeitet.

Er ist seit 2 Jahren verwitwet und hat 2 Kinder, die im Ausland leben.

VD/DD:

Aufgrund der Symptomatik gehe ich von einem dementiellen Abbau (einem Alzheimer) aus.

Symptome wie progrediente Gedächtnisstörung^{en} ,Konzentrationsstörungen^{en} , Abnahme der Aktivität

in Kombination mit Stimmungsschwankungen sprechen stark dafür.

Die Tatsache, dass sich alle Beschwerden schleichend entwickelt haben, lässt ebenfalls

einen dementiellen Abbau vermuten.

Charakteristisch ist zudem die Dauer der Symptome.(d.h. die Beschwerden sollten mindestens

6 Monate bestehen.)

Als Differentialdiagnose kommen ein Delir, eine depressive Pseudodemenz und eine Hypothyreose in Betracht.

Oft liegt zu Beginn eine Doppeldiagnose von Demenz und Delir vor.

Deswegen sollte bei der Erstdiagnose einer Demenzerkrankung ein Delir ausgeschlossen werden.

Der plötzliche Beginn der Symptome, Bewusstseinsstörungen^{en} und optische Halluzination^{en} weisen auf ein Delir hin.

Typische Symptome bei einer Pseudodemenz sind überzogenes Beklagen der Defizite,

Selbstanklage, Teilnahmslosigkeit und morgendliches Grübeln.

Zusätzlich ist Besserung nach Antidepressivaeinnahme ^{ein} guter ^r Hinweis darauf.

Prozedere:

Um die Ursache zu finden sowie die Diagnose zu bestätigen,

sollte der Patient ^{in die} Akutgeriatrie aufgenommen werden.

Neben Vitalparametern und KU sind neurologische und psychologische Untersuchungen erforderlich.

Falls eine Bewusstseinsstörung vorliegt, spricht ^{das} gegen meine Verdachtsdiagnose

und man sollte an andere Erkrankungen denken.

Darüber hinaus sind der Mini-Mental-Status-Test und Uhrentest von großer Bedeutung.

Durch den MMSE können wir Orientierungsvermögen, Merkfähigkeit, Rechnen, Erinnerungsfähigkeit sowie Sprachvermögen und Verständnis überprüfen.

Außerdem sollte räumliches und abstraktes Denken mithilfe vom Uhrentest beurteilt werden.

Laborchemisch benötige ich BB, CRP, Elektrolyte, Leber- und Nierenwerte, TSH, T3, T4, Vit B12, Folsäure.

Einerseits kann Hypothyreose bei älteren Menschen ein ähnliches Krankheitsbild wie Depression und Demenz zeigen. Andererseits kann auch eine Hyperthyreose zu kognitiven Defiziten führen.

Apparativ werde ich eine kraniale MRT veranlassen.

Dadurch können wir reversible Ursachen der Symptomatik ausschließen und es ist gleichzeitig

die Differenzierung der Unterform möglich.

Alles in allem wird eine Demenz durch die Ergebnisse von Anamnese, neuropsychologischer Testung sowie Ausschluss anderer Krankheiten gesichert.

Therapie:

Zunächst sollte seine Familie informiert werden.

Dann ist ein Sozialkonsil notwendig, um eine Eigen- und Fremdgefährdung sowie Pflegebedürftigkeit

genauer zu beurteilen.

Bei diesem Patienten stehen körperliche Aktivität sowie die Schulung von Angehörigen im Vordergrund.

Bisher ist leider keine kausale Therapie für primäre Demenzformen bekannt.

Deswegen ist **das** Therapieziel eine Verbesserung der Lebensqualität.

Die Gabe eines Antidementivums bei Alzheimer-Demenz ist sinnvoll, um den Krankheitsverlauf

zu verlangsamen.

Bei aggressivem Verhalten werde ich Risperidon oder Haloperidol verabreichen.

SSRIs (wie Citalopram oder Sertraline) können bei depressiven **n** Episode hilfreich sein.

Patient/in

Josef Klingenreiter

Datum

Alter	Größe	Gewicht
68 Jahre	165 cm	78 kg

Allergien / Unverträglichkeiten

Bei dem Patienten sind keine Allergien bekannt.

Genussmittel / Drogen

Der Patient trinkt seit 5 Jahren ein Glas Riesling tägl.

Nikotin- und Drogenkonsum wurden verneint.

Sozialanamnese

Der Patient ist in Rente, davor hat er als Handwerker gearbeitet.

Er ist verheiratet, hat 3 Kinder und lebt mit seiner Ehefrau zusammen.

Familienanamnese

Der Vater ist an einer Altersschwäche gestorben.

Die Mutter ist an einem Myokardinfarkt gestorben.

In der Familie ist **ein** Fall von Apoplex bekannt.

Herr Klingenreiter, ein 68-jähriger Patient in reduziertem AZ und übergewichtigem EZ, wurde heute in Begleitung seiner Ehefrau mit dem KW in die Notaufnahme eingeliefert.

Der Patient ist ansprechbar, aber sehr müde. Deshalb wurde die Anamnese mit der Ehefrau geführt.

Vor einer Stunde habe der Patient beim Abendessen **eine** linksseitige Armschwäche bemerkt. Die Beschwerde sei plötzlich aufgetreten und mit Aphasie und einer rechtsseitigen Fazialisparese einhergegangen.

Bis auf leichte Armschwäche hätten sich alle Beschwerden nach 30 Minuten vollständig zurückgebildet.

Die Frage nach Bewusstlosigkeit, Paraparese und Schwindelgefühl wurden verneint.

Vor 4 Wochen sei der Patient wegen einer kurzzeitigen Blindheit beim Augenarzt gewesen, allerdings seien alle Untersuchungen unauffällig gewesen. (vermutlich Amaurosis fugax).

Der Ehefrau ist zudem in letzter Zeit ein Konzentrationsmangel bei ihrem Ehemann aufgefallen.

Abgesehen von einer Obstipation ist die vegetative Anamnese unauffällig.

Vorerkrankungen:

In der Vorgeschichte ist Folgendes bekannt:

- eine arterielle Hypertonie seit 20 Jahren
- ein Diabetes mellitus Typ 2 seit 3 Jahren
- eine Herzrhythmusstörung (o.g.A)
- eine **C**hlozystektomie vor 10 Jahren

Medikamente:

Der Patient nimmt regelmäßig folgende Medikamente ein:

Ramipril 5 mg (1-0-0)

Amlodipin 5 mg(1-0-0)

Torasemid 2,5 mg (1-0-0)

Metformin 500 mg (1-1-1)

Abführtees gegen Obstipation

VD/DD:

Die anamnestischen Angaben deuten am ehesten auf eine transitorische ischämische Attacke hin.

Alternativ kommen eine Apoplexie und eine Hypoglykämie in Betracht.

Prozedere:

Zur Erhärtung meiner Verdachtsdiagnose werde ich folgende Maßnahmen veranlassen:

KU: mit Fokus auf neurologische Untersuchung sowie Vitalparameter

Labor: BZ, BB, PT, PTT, INR, Kreatinin, Elektrolyte

EKG und ggf. Langzeit-EKG

cCT

Doppler-Sonografie der Karotiden

cMRT

Therapie:

Falls sich mein Verdacht bestätigt, schlage ich folgende Therapie vor:

stationäre Aufnahme

kontinuierliches Monitoring der Vitalparameter

Sauerstoffgabe

ASS

tolerieren der Hypertonie sowie Kontrolle des BZ

Antikoagulantien

Vorstellung:

Heute haben wir einen Notfall.

Ich berichte über Herrn Klingenreiter.

Er ist ein 68-jähriger Patient in reduziertem AZ und übergewichtigem EZ und

wurde heute in Begleitung seiner Ehefrau mit dem KW in die Notaufnahme eingeliefert.

Der Patient ist ansprechbar, aber sehr müde. Deshalb wurde die Anamnese mit der Ehefrau geführt.

Vor einer Stunde habe der Patient beim Abendessen **eine** linksseitige Armschwäche bemerkt.

Die Beschwerde sei plötzlich aufgetreten und mit Aphasie und einer rechtsseitigen Fazialisparese einhergegangen.

Bis auf **eine** leichte Armschwäche hätten sich alle Beschwerden nach 30 Minuten vollständig zurückgebildet.

Die Frage nach Bewusstlosigkeit, Paraparese und Schwindelgefühl wurden verneint.

Erwähnenswert ist, dass der Patient vor 4 Wochen wegen einer kurzzeitigen Blindheit beim Augenarzt gewesen sei, allerdings seien alle Untersuchungen unauffällig gewesen. (Ich vermute eine Amaurosis fugax)

Abgesehen von einer Obstipation ist die vegetative Anamnese unauffällig.

Relevante Vorerkrankungen sind eine arterielle Hypertonie, die mit Ramipril ,Amlodipin und Torasemid

behandelt wird sowie ein Diabetes mellitus Typ 2, der mit Metformin eingestellt ist.

Wichtig ist auch, dass der Patient eine gelegentliche Herzrhythmusstörung erwähnt habe, aber leider **sind** keine **genauen** Angabe darüber vorhanden.

Bei dem Patienten sind keine Allergien bekannt.

Er ist Nichtraucher und trinkt seit 5 Jahren ein Glas Weißwein tägl.

In der Familie sind Fälle von Apoplex und Myokardinfarkt bekannt.

Der Patient ist in Rente Davor hat er als Handwerker gearbeitet.

Er ist verheiratet, hat 3 Kinder und lebt mit seiner Ehefrau zusammen.

VD/DD:

Aufgrund der Symptomatik gehe ich von einer TIA aus.

Die Symptome wie einseitige Armschwäche und Fazialisparese in Kombination mit Aphasie sprechen stark dafür.

Charakteristisch ist zudem das plötzliche Einsetzen der Symptome.

Die Tatsache, dass **sich** alle Beschwerden nach 30 Minuten vollständig zurückgebildet haben,

lässt ebenfalls eine TIA vermuten.

Zu den Risikofaktoren gehören **der** Diabetes Typ 2, **die** arterielle Hypertonie und **die** Adipositas (**des Patienten**) .

Eine wichtiger Hinweis ist das Vorliegen einer Herzrhythmusstörung. (ich vermute Vorhofflimmern)

Als Differentialdiagnose kommen eine Apoplexie und eine **Hypoglykämie in Betracht.**

Prozedere:

Eine TIA geht mit einem hohen Risiko für einen späteren ischämischen Schlaganfall einher.

Deswegen werde ich den Patienten stationär aufnehmen.

Jedes plötzlich aufgetretene neurologische Defizit muss als Notfall behandelt

werden. d.h. die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sollten gleichzeitig erfolgen.

Als erster Schritt müssen die Vitalparameter überprüft und natürlich überwacht werden.

Dann werde ich sofort der BZ testen, um eine Hypoglykämie auszuschließen.

Falls eine Hypoxie vorliegt, (das heißt Sauerstoffsättigung unter 94%), ist **eine** Sauerstoffgabe notwendig.

Um meinen Verdacht zu bestätigen, spielt die neurologische Untersuchung eine wesentliche Rolle.

In der neurologischen Untersuchung sollten sieben separate **K**omponenten überprüft werden: wie der Mentalstatus, die Vigilanz, die Hirnnerven, die Motorik, die Reflexe, die Sensorik, die Koordination und das Gangbild.

Dadurch können wir nicht nur die Verdachtsdiagnose sichern, sondern auch zentrale oder periphere neurologische Defizite **e** diagnostizieren.

Bei diesem Patienten ist die Pupillenuntersuchung von großer Bedeutung.

Zur Bestätigung der Herzrhythmusstörung ist ein EKG erforderlich und bei unklaren **n** Befunden

kommt ein Langzeit-EKG infrage.

Anschließend werde ich dem Patienten Blut abnehmen.

Laborchemisch benötige ich BB, BZ, Elektrolyte, Gerinnungsfaktoren wie PT und INR.

Apparativ werde ich eine kraniale CT einleiten. Bei der TIA erwarten wir in der Regel keine auffälligen Befunde, allerdings ist es/ **diese Untersuchung** wichtig, um eine Blutung auszuschließen.

Weitere diagnostische Verfahren wie eine Doppler-Sonographie der Carotiden sowie **eine** kraniale MRT können hilfreich sein.

Therapie:

Bei diesem Patienten stehen eine Kreislaufstabilisierung sowie der Ausgleich **mit** Elektrolytstörungen

im Vordergrund.

Bei jedem Diabetiker sollte im Krankenhaus die oralen Antidiabetika auf Insulin umgestellt werden.

Um eine Durchblutungsstörung der reversibel ischämischen Gebiet zu vermeiden, sollte der Blutdruck über 140/90 eingestellt werden.

Bei Schluckbeschwerden werde ich eine Magensonde zur Vermeidung einer Aspiration anlegen.

Je nach Befund werden wir eine Thrombolysetherapie (z. B. rt-PA) oder mechanische Thrombektomie einleiten.

Darüber hinaus empfehle ich dem Patienten, sein Gewicht zu reduzieren und mehr Sport zu treiben.

Als Sekundärprophylaxe sollte der Patient ASS einnehmen und falls ein Vorhofflimmern vorliegt, ist eine Antikoagulationstherapie erforderlich.

Patient/in

Datum

Friedrich Hernrichsmöller		
Alter	Größe	Gewicht
73 Jahre	185 cm	80 kg

Demenz

Illergien / Unverträglichkeiten

Bei dem Patienten sind keine Allergien bekannt.

Genussmittel / Drogen

Der Patient raucht seit 20 Jahren (das ist nicht seit dem 20. Lj.) 10 Zigaretten tägl.

Er trinkt eine Flasche Wein tägl.

Drogenkonsum wurde verneint.

Sozialanamnese

Der Patient ist in Rente,davor hat er als Leiter eines Kaufhauses gearbeitet.

Er ist seit 2 Jahren verwitwet und hat 2 Kinder, die im Ausland leben.

amilienanamnese

Fremdanamnestisch konnten keine Angaben gemacht werden.

Herr Hernrichsmöller, ein 73-jähriger Patient in gutem AZ,kommt heute in Begleitung seines Nachbarn wegen auffälligem Verhalten zu uns.

Der Patient ist ansprechbar, aber desorientiert zur Zeit.

Deshalb wurde die Anamnese mit dem Nachbarn, Herrn Schmidt, geführt.

Der Nachbar habe vor einigen Stunden bemerkt,

dass die Wohnungstür des Patienten geöffnet gewesen sei

sowie überkochende Suppe auf dem Herd vergessen wurde.

Der Pat. sei in Hausschuhen zu seiner ehemaligen Arbeitsstelle gegangen.

Nach einer Stunde habe ein ehemaliger Kollege den Patienten nach Hause gebracht.

Der Patient habe jedoch keine Erinnerungen daran.(vermutlich ist das Urteilsvermögen ist gestört , keine Erinnerung? das ist Amnesie)

Die Amnesie besteht seit 2 Jahren, hat sich schleichend entwickelt(verstärkt) und geht

mit Konzentrationsmangel einher

Die Fremdgefährdung sei zum ersten Mal passiert.

Begleitend zeigen sich eine manchmalige grundlose Aggressivität,eine Apathie sowie Einschränkungen der Alltagsaktivitäten. meinst du Apraxie?

Die Frage nach Trauma wurde verneint.

In der vegetativen Anamnese finden sich ein wechselnder Appetit sowie eine Schlafstörung

und morgendliches Grübeln.(möglicher Hinweis auf Depression)

Die weitere vegetative Anamnese ist unauffällig.

Vorerkrankungen:

In der Vorgeschichte ist Folgendes bekannt:

- ein Lungenemphysem (o.g.A zur Behandlung)
- eine arterielle Hypertonie
- eine Dyslipidämie
- eine rechtsseitige Hüft-TEP vor 8 Jahren

Medikamente:

Der Patient nimmt ACE-Hemmer und Simvastatin ein.(o.g.A zur Dosierung)

VD/DD:

Die anamnestischen Angaben deuten am ehesten auf einen dementiellen Abbau (eine Alzheimer-Krankheit)hin.

Alternativ kommen ein Delir,eine depressive Pseudodemenz und eine Hypothyreose in Betracht.

Prozedere:

Zur Erhärtung meiner Verdachtsdiagnose werde ich folgende Maßnahmen veranlassen:

KU: mit Fokus auf neurologische und psychologische Untersuchung(Mini-Mental-Status-Test und Uhrentest)

Labor: BZ, BB, TSH,T3,T4,Elektrolyte,CRP,Vit B12,Folsäure

cMRT

Therapie:

Falls sich mein Verdacht bestätigt, schlage ich folgende Therapie vor:

Aufnahme in der Akutgeriatrie

Sozialkonsil

körperliche Aktivität

kognitive Stimulation

Ergotherapie

Vorstellung:

Ich berichte heute über Herrn Hernrichsmöller.

Er ist 73 Jahre alt und kommt heute wegen progredienter Amnesie zu uns.

Der Patient ist ansprechbar, aber desorientiert zur Zeit. Deshalb

wurde die Anamnese mit dem Nachbarn, Herrn Schmidt, geführt.

Der Nachbar habe vor einigen Stunden bemerkt,

dass die Wohnungstür des Patienten geöffnet gewesen sei und er überkochende Suppe auf dem Herd vergessen habe. . Nach einer Stunde habe ein ehemaliger Kollege den Patienten aus dem Kaufhaus nach Hause gebracht. Der Patient habe jedoch keine Erinnerungen daran. (ich vermute, das Urteilsvermögen ist gestört).

Die Amnesie besteht seit 2 Jahren und sich schleichend entwickelt (verstärkt) und geht mit Konzentrationsstörung einher.

Erwähnenswert ist, dass es Fremdgefährdung zum ersten Mal zu einer Fremdgefährdung gekommen sein, was meinst du, gab es bisher Eigengefährdung? Welche?

Begleitend zeigen sich eine gelegentliche grundlose Aggressivität, eine Apathie sowie Einschränkungen der Alltagsaktivitäten.

Die Frage nach Trauma wurde verneint.

Vegetativ ergab sich eine wechselnder Appetit sowie

eine Schlafstörung und morgendliches Grübeln, das ein möglicher Hinweis

auf **eine** Depression ist.

Die weitere vegetative Anamnese ist unauffällig.

Bekannte Vorerkrankungen sind eine arterielle Hypertonie, die mit ACE-Hemmer eingestellt ist und eine Dyslipidämie, die mit Simvastatin behandelt wird.

Bei dem Patienten sind keine Allergien bekannt.

Fremdanamnestisch konnten keine Angaben **zur** Familienanamnese gemacht werden.

Der Patient raucht ca. 26 py und trinkt täglich eine Flasche Wein tägl. **seit wann**

Der Patient ist in Rente, davor hat er als Leiter eines Kaufhauses gearbeitet.

Er ist seit 2 Jahren verwitwet und hat 2 Kinder, die im Ausland leben.

VD/DD:

Aufgrund der Symptomatik gehe ich von einem dementiellen Abbau (einem Alzheimer) aus.

Symptome wie progrediente Gedächtnisstörung**en** ,Konzentrationsstörungen**en** , Abnahme der Aktivität

in Kombination mit Stimmungsschwankungen sprechen stark dafür.

Die Tatsache, dass sich alle Beschwerden schleichend entwickelt haben, lässt ebenfalls

einen dementiellen Abbau vermuten.

Charakteristisch ist zudem die Dauer der Symptome.(d.h. die Beschwerden sollten mindestens

6 Monate bestehen.)

Als Differentialdiagnose kommen ein Delir, eine depressive Pseudodemenz und

eine Hypothyreose in Betracht.

Oft liegt zu Beginn eine Doppeldiagnose von Demenz und Delir vor.

Deswegen sollte bei der Erstdiagnose einer Demenzerkrankung ein Delir ausgeschlossen werden.

Der plötzliche Beginn der Symptome, Bewusstseinsstörungen^{en} und optische Halluzination^{en} weisen auf ein Delir hin.

Typische Symptome bei einer Pseudodemenz sind überzogenes Beklagen der Defizite,

Selbstanklage, Teilnahmslosigkeit und morgendliches Grübeln.

Zusätzlich ist Besserung nach Antidepressivaeinnahme ^{ein} guter Hinweis darauf.

Prozedere:

Um die Ursache zu finden sowie die Diagnose zu bestätigen,

sollte der Patient ^{in die} Akutgeriatrie aufgenommen werden.

Neben Vitalparametern und KU sind neurologische und psychologische Untersuchungen erforderlich.

Falls eine Bewusstseinsstörung vorliegt, spricht ^{das} gegen meine Verdachtsdiagnose

und ^{man} sollte an andere Erkrankungen denken.

Darüber hinaus sind ^{der} Mini-Mental-Status-Test und Uhrentest von großer Bedeutung.

Durch ^{den} MMSE können wir Orientierungsvermögen, Merkfähigkeit, Rechnen, Erinnerungsfähigkeit sowie Sprachvermögen und Verständnis überprüfen.

Außerdem sollte räumliches und abstraktes Denken mithilfe vom ^m Uhrentest beurteilt werden.

Laborchemisch benötige ich BB, CRP, Elektrolyte, Leber- und

Nierenwerte,TSH,T3,T4,Vit B12,Folsäure.

Einerseits kann Hypothyreos bei älteren Menschen ein ähnliches Krankheitsbild

wie Depression und Demenz zeigen. Andererseits kann auch eine Hyperthyreose

zu kognitiven Defiziten führen.

Apparativ werde ich eine kraniale MRT veranlassen.

Dadurch können wir reversible Ursachen der Symptomatik ausschließen und es ist gleichzeitig

die Differenzierung der Unterform möglich .

Alles in allem wird ein Demenz durch die Ergebnisse von Anamnese, neuropsychologischer Testung sowie Ausschluss anderer Krankheiten gesichert.

Therapie:

Zunächst sollte seine Familie informiert werden.

Dann ist ein Sozialkonsil notwendig,um eine Eigen-und Fremdgefährdung sowie Pflegebedürftigkeit

genauer zu beurteilen.

Bei diesem Patienten stehen körperliche Aktivität sowie die Schulung von Angehörigen im Vordergrund.

Bisher ist leider keine kausale Therapie für primäre Demenzformen bekannt.

Deswegen ist das Therapieziel eine Verbesserung der Lebensqualität.

Die Gabe eines Antidementivums bei Alzheimer-Demenz ist sinnvoll, um den Krankheitsverlauf

zu verlangsamen.

Bei aggressivem Verhalten werde ich Risperidon oder Halopridol

verabreichen.

SSRIs (wie Citalopram oder Serteralin) können bei depressiven Episode hilfreich sein.

Patient/in

Datum

Ruth Krause

Alter	Größe	Gewicht
80 Jahre	168 cm	74 kg

Allergien / Unverträglichkeiten

Die Patientin reagiert allergisch auf ASS und Cotrimoxazol.

Genussmittel / Drogen

Die Patientin trinkt seit 5 Jahren 2 Glas Jägermeister.

Nikotin-und Drogenkonsum wurden verneint.

Sozialanamnese

Die Patientin ist in Rente. Davor hat sie als Verkäuferin gearbeitet.

Sie ist verwitwet, lebt in einer Seniorenwohnanlage und hat einen Sohn.

Familienanamnese

Der Vater ist an einer Pneumonie gestorben.

Die Mutter ist an den Folgen eines Unfalls gestorben.

Frau Krause, eine 80-jährige Patientin in reduziertem AZ und gutem EZ, kommt heute wegen Sehstörungen zu uns.

Die Sehstörungen (Flimmern und verschwommenes Sehen links) bestehen seit 3 Tagen

und gehen mit einer progredienten Cephalgie einher.

Die Kopfschmerzen bestehen seit 4 Wochen , sind auf beiden Seiten der Temporalregion lokalisiert und strahlen in den Unterkiefer aus.

Die Schmerzen sind teils bohrend, teils ziehend und liegen bei 7-8/10 auf der Schmerzskala und verstärken sich beim Kauen.

Dagegen nimmt die Patientin seit 2 Wochen Novamin ein, jedoch ohne Besserung.

Begleitend zeigen sich Fieber, Nausea sowie Abgeschlagenheit.

In der vegetativen Anamnese finden sich eine Schlafstörung, Inappetenz sowie ein Gewichtsverlust von 4 kg in den letzten 4 Wochen.

Vorerkrankungen:

In der Vorgeschichte ist Folgendes bekannt:

- eine arterielle Hypertonie

- eine Commotio cerebri nach einem Sturz vor 6 Wochen, die stationär überwacht wurde.

- eine Cholezystitis ,die mit endoskopischer Cholesystektomie behandelt wurde.

- eine Splenomegalie und Lymphadenopathie mit Knochenmarkbiopsie (unklarer Genese)

Medikamente:

Die Patientin nimmt folgende Medikamente ein:

Lorazepam (o.g.A. zur Dosierung)

Novamin 35 Tropfen seit 2 Wochen (1-1-1)

Ibuprofen 600 mg b.B.

VD/DD:

Die anamnestischen Angaben deuten am ehesten auf eine Arteriitis temporalis

hin.

Alternativ kommen eine Meningitis bei

Lymphom und ein Hämatom nach Commotio cerebri in Betracht.

Prozedere:

Zur Erhärtung meiner Verdachtsdiagnose werde ich folgende

Maßnahmen veranlassen:

KU: mit Fokus auf Vitalparameter und Nackensteifigkeit

Labor:BB,CRP,Elektrolyte

cCT/MRT

Duplex-Sonografie

Therapie:

Falls sich mein Verdacht bestätigt, schlage ich folgende Therapie vor:

Sauerstoffgabe

Augenarztkonsil

Hoch dosierte Glukokortikoide

Lothar Schwarz

Alter	Größe	Gewicht
53 Jahre	178 cm	70 kg

Allergien / Unverträglichkeiten

Der Patient hat eine Allergie gegen Nickel in Form von Pruritus und Erythem.
Er hat eine **F**ruktoseintoleranz in Form von Meteorismus und Diarrhö.

Genussmittel / Drogen

Bis vor 5 Jahren hat der Patient 20 Jahre lang 10 Zigaretten täglich geraucht.

Er trinkt ein Glas Wein tägl.

Drogenkonsum wurde verneint.

Sozialanamnese

Der Patient ist Redakteur, lebt getrennt von seiner Frau und hat **2** Töchter, von denen **eine** an einer Anorexia nervosa leidet.

Familienanamnese

In der Familienanamnese sind Fälle von Migräne und Skoliose bekannt.

Bericht mit Anamnese / Verdachtsdiagnose / Vorschlägen zur weiteren Diagnostik und Therapie

[Anamnese subjektiv, Anamnese objektiv, Verdachtsdiagnose, Differenzialdiagnose, weiteres Procedere]

Schreiben Sie in ganzen Sätzen! Bitte benutzen Sie medizinische Fachsprache, wo dies möglich ist.

[Tippen Sie direkt ins vorbereitete, grau umrandete Feld]

Herr Schwarz, ein 53-jähriger Patient in reduziertem AZ und gutem EZ, kommt heute wegen linksseitiger Cephalgie zu uns.

Die Cephalgie besteht seit 48 Stunden und ist plötzlich nach **körperlicher**

Belastung aufgetreten.

Sie ist pulsierend im Charakter und liegt **bei** 8/10 auf der Schmerzskala

Aufgrund der Schmerzen sei der Pat. handlungsunfähig.

Zudem geht die Cephalgie mit Photophobie, Photopenie? und Phonophobie einher.

Begleitend zeigen sich Nausea, zweimaliger **er** Vomit, **ein** Schwindelgefühl sowie eine Parästhesie an den Fingerspitzen.

Gegen die Beschwerden nimmt der Patient **seit xxx** Paracetamol ein, jedoch ohne Besserung.

Der Patient berichtet, dass er früher gelegentliche Cephalgie hatte.

Seit seinem Umzug vor 6 Monaten habe er **jedoch einmal** monatlich ähnliche Kopfschmerzen, **jedoch von leichter** Intensität und **kürzerer** Dauer (4-6 Std.)

In der vegetativen Anamnese finden sich ein **Heißhunger auf Süßes** in den letzten Wochen,

eine Obstipation seit 3 Monaten sowie eine Schlafstörung.

Die weitere **vegetative** Anamnese ist unauffällig.

Vorerkrankungen:

-eine COPD seit 5 Jahren

-eine **Rippen**kontusion nach einem Autounfall vor 5 Jahren, die konservativ behandelt wurde.

-ein Unguis incarnatus am linken Großzeh seit 4 Wochen

-ein Herpes labialis seit 3 Tagen

Medikamente:

Abgesehen von Paracetamol **b.B.** und einer Salbe gegen Lippenbläschen(Herpes)

nimmt der Patient regelmäßig keine Medikamente ein.

VD/DD:

Die anamnestischen Angaben deuten am ehesten auf eine Migräne hin.

Alternativ kommen ein Cluster-Kopfschmerz, ein Spannungskopfschmerz und eine paroxysmale Hemikranie

in Betracht.

Procedere:

Zur Erhärtung meiner Verdachtsdiagnose werde ich folgende Maßnahmen veranlassen:

KU:mit Fokus auf neurologische Untersuchung und Blutdruckmessung

Labor:BB,CRP,BZ

MRT

Visuell evozierte Potenziale

Therapie:

Falls sich mein Verdacht bestätigt,schlage ich folgende Therapie vor:

Bettruhe

Antiemetikum(metoclopramid)

ASS als schnell wirksames Lysinat i.v.
oder Sumatriptan s.c.

Patient/in
m

Datu

Frank Sommer

cholelithiasis

Alter	Größe	Gewicht
47 Jahre	173 cm	84 kg

Allergien / Unverträglichkeiten

Der Patient hat eine Allergie gegen Erdbeeren in Form von Erythem
sowie eine Allergie gegen Zitrusfrüchte in Form von Pruritus.

Genussmittel / Drogen

Der Patient raucht 10 py.

Er trinkt gelegentlich einen Piccolo und berichtet über einen erhöhten Alkoholkonsum zu bestimmten Anlässen (bis zum Absturz). hier sollte eigentlich in der Anamnese gefragt werden, wie oft er "feiert", dann kann man schreiben,

ehöhter Alkoholkonsum einmal/ zwimal pro xxx.

einmal pro Monat, pro Woche? etc.

Er habe vor etwa 10 Jahren zwei Mal Kokain konsumiert.

Sozialanamnese

Der Patient ist Büroverkaufmann von Beruf, verheiratet und hat 2 Kinder.

Familienanamnese

Die Mutter leidet an einer Pankreatitis.

Der Vater leidet an einer Nephrolithiasis sowie einer Erkrankung der Nebenschilddrüse

Parathyroidkrankheit.

Bericht mit Anamnese / Verdachtsdiagnose / Vorschlägen zur weiteren Diagnostik und Therapie

[Anamnese subjektiv, Anamnese objektiv, Verdachtsdiagnose, Differenzialdiagnose, weiteres Procedere]

Schreiben Sie in ganzen Sätzen! Bitte benutzen Sie medizinische Fachsprache, wo dies möglich ist.

[Tippen Sie direkt ins vorbereitete, grau umrandete Feld]

Herr Sommer, ein 47-jähriger Patient in reduziertem AZ und

übergewichtigem EZ, kommt heute wegen rechtsseitiger Oberbauchschmerzen zu uns.

Die Schmerzen bestehen seit gestern, sind unter den Rippen lokalisiert und strahlen in den Rücken und ins Epigastrium aus.

Zudem sind sie bohrend im Charakter und liegen bei 9/10 auf der Schmerzskala.

Darüber hinaus **hat** der Patient seit dreieinhalb Wochen ähnliche Schmerzen,

jedoch von leichter Intensität und **kürzerer** Dauer.

Der Patient berichtet, dass die Schmerzen zum ersten Mal postprandial aufgetreten sind.

Begleitend zeigen sich Fieber, Schüttelfrost und Übelkeit.

Die Temperatur wurde nicht gemessen.

Zusätzlich habe der Patient einmal einen acholischen Stuhl bemerkt.

Der Patient ernährt sich normalerweise fettreich.

Die Frage nach Vomit, dunklem **m** Urin und Ikterus wurde verneint.

In der vegetativen Anamnese finden sich Inappetenz, eine Obstipation sowie eine beschwerbedingte Schlafstörung.

Die weitere vegetative Anamnese ist unauffällig.

Vorerkrankungen:

In der Vorgeschichte ist Folgendes bekannt:

Eine Varikose, die mit Venenstripping und Kompressionsstrumpf behandelt wird.

Eine beidseitige Inguinalhernie, die **o**perativ behandelt wurde mit einer Wundheilungsstörung als Komplikationen nach der **OP**

Arzneimittelbedingte Kopfschmerzen, die mit Entzug und Psychotherapie behandelt wurden.

Medikamente:

Der Patient nimmt folgende Medikamente :

Paracetamol b.B.

ASS b.B.

Spasmo-Cibalgin seit 4 Tagen wegen der aktuellen Beschwerden

Abführzäpfchen gegen Obstipation

VD/DD:

Die anamnestischen Angaben deuten am ehesten auf eine Cholezystitis hin.

Alternativ kommen eine Cholangitis, eine Pankreatitis und ein Ulcus ventriculi in Betracht.

Prozedere:

Zur Erhärtung meiner Verdachtsdiagnose werde ich folgende Maßnahmen veranlassen:

KU: mit Fokus auf Zeichen für Ikterus sowie Murphy Zeichen

Labor: BB, tBil **meinst du das?**, AST, ALT, Lipase, Amylase, Elektrolyte, CRP

Sonografie des Abdomens

Ggf. CT/ ERCP

Therapie:

Falls sich mein Verdacht bestätigt, schlage ich folgende Therapie vor:

stationär Aufnahme

Kreislaufstabilisierung

Analgetika

Antiemetika

endoskopische Cholezystektomie

Patient/in
m

Datu

Maximilian Reichert

fahrradunfall

Alter	Größe	Gewicht
30 Jahre	178 cm	76 kg

Allergien / Unverträglichkeiten

Der PAT hat eine Laktoseintoleranz.

Genussmittel / Drogen

--

Der PAT trinkt 1-2 Flaschen Bier gelegentlich.

Nikotin- und Drogenkonsum wurde verneint.

Sozialanamnese

Der PAT ist Informatiker von Beruf.

Er ist geschieden, hat zwei Kinder und lebt alleine.

Familienanamnese

Der Vater ist mit 62 J an einem Myokardinfarkt gestorben.

Bericht mit Anamnese / Verdachtsdiagnose / Vorschlägen zur weiteren Diagnostik und Therapie

[Anamnese subjektiv, Anamnese objektiv, Verdachtsdiagnose, Differenzialdiagnose, weiteres Procedere]

Schreiben Sie in ganzen Sätzen! Bitte benutzen Sie medizinische Fachsprache, wo dies möglich ist.

[Tippen Sie direkt ins vorbereitete, grau umrandete Feld]

Herr Reichert, ein 30-jähriger Patient, wurde heute nach einem Unfall in Begleitung seines Bruders in die Notaufnahme eingeliefert.

Der Patient wird intensivstationär behandelt.

Deshalb wurde die Anamnese mit seinem Bruder geführt.

Der Patient hatte vor einer Stunde einen Fahrradunfall.

Er sei dabei auf den Kopf und die linke Körperseite gefallen.

Der PAT sei direkt nach dem Unfall etwa 5 Minuten bewusstlos gewesen und habe drückende linksseitige Kopfschmerzen, ein Schwindelgefühl und Übelkeit beklagt.

Darüber hinaus habe der Patient ein Hämatom am linken Auge, Abrasionen und zahlreiche Hämatome am linken Bein und der linken Hüfte bemerkt.

Zudem beklagte er eine Bewegungseinschränkung des linken Beins.

Die Frage nach Hämorrhagien, Dyspnoe und Vomit wurde verneint.

Der Pat. habe einen Helm getragen.

Vor dem Unfall habe er 2 Fl. Bier getrunken.

Die letzte Mahlzeit sei vor einer Stunde (leichte Kost) gewesen.

Die vegetative Anamnese ist unauffällig.

Vorerkrankungen:

Abgesehen von einer Tonsillektomie in der Kindheit

hatte der PAT keine Vorerkrankungen und OPs.

Medikamente:

Der PAT nimmt regelmäßig keine Medikamente ein.

VD/DD:

Die anamnestischen Angaben deuten am ehesten auf eine SHT(Commotio cerebri) hin.

Alternativ kommen eine Contusio cerebri und eine Compressio cerebri in Betracht. **und das Bein? Fraktur?**

Procedere:

Zur Erhärtung meiner Verdachtsdiagnose werde ich folgende Maßnahmen veranlassen:

- Einschätzung des aktuellen Bewusstseinszustandes (Glasgow-Skale)
- notfall-neurologische Untersuchung
- Röntgen von Thorax ,Pelvis und linkem Femur
- Labor mit Fokus auf Blutbild (wg. Blutverlust), Urin (Hämaturie als Hinweis auf innere Blutungen)
- Fast-Sono
- CT des Craniums, ggf auch anderer Körperregionen
- ggf. zervikales CT

Therapie:

Falls sich mein Verdacht bestätigt, schlage ich folgende Therapie vor:

- stationäre Aufnahme
- Analgetika
- enge Kontrolle der Vitalparameter
- Anlegen eines Harnkatheters
- i.v. Flüssigkeitsgabe
- Kontrolle der Nierenfunktion
- ggf. OP (abhängig von dem Grad der SHT)
- ggf. Dekompression des Gehirns

Patient/in
m

Datum

Leonie Möller

Alter	Größe	Gewicht
17 Jahre	170 cm	50 kg

Allergien / Unverträglichkeiten

Die Patientin hat eine Pollinose sowie eine Allergie gegen Haselnüsse.

Genussmittel / Drogen

Die Patientin trinkt seit 6 Monaten 1-2 Gläser Wein am Wochenende.

Sie habe vor einigen Monaten einmal Cannabis konsumiert, jedoch nicht vertragen.

Nikotinkonsum wurde verneint.

Sozialanamnese

Die Patientin ist Abiturientin und lebt mit ihrer Familie zusammen.

Sie hat zurzeit Prüfungsstress.

Familienanamnese

In der Familienanamnese sind Fälle von Asthma bronchiale und Diabetes mellitus Typ 2 bekannt.

Bericht mit Anamnese / Verdachtsdiagnose / Vorschlägen zur weiteren Diagnostik und Therapie

[Anamnese subjektiv, Anamnese objektiv, Verdachtsdiagnose, Differenzialdiagnose, weiteres Procedere]

Schreiben Sie in ganzen Sätzen! Bitte benutzen Sie medizinische Fachsprache, wo dies möglich ist.

[Tippen Sie direkt ins vorbereitete, grau umrandete Feld]

wurde heute in Begleitung ihres Vaters

wegen **eines** erstmaligen epileptischen Anfalls bei uns eingeliefert.

Die Patientin ist somnolent, deshalb wurde die Anamnese mit ihrem Vater geführt.

Vor einer Stunde habe **zuerst der** linke **Arm** der Patientin gezuckt und dann kam

es zu **einem** tonisch-klonischen Anfall **mit Zuckungen und Versteifung aller Extremitäten, xxx**

Zungenbiss, Inkontinenz sowie Blickwendung.

Der Anfall habe etwa 7 Minuten **gedauert**.

Während des Anfalls sei sie ca 2 **M**inuten **b**ewusstlos gewesen.

Seit dem Anfall ist die PAT somnolent.

Die Frage nach Verletzung**en** wurde verneint.

Darüber hinaus **beklage** die Patientin **seit xxx Monaten**

eine progrediente, persistierende Schwäche am linken Arm.

Die Patientin ernähre sie sich seit einem Jahr vegan.

In der vegetativen Anamnese finden sich eine stressbedingte Diarrhö

und Schlafstörung sowie Husten und Dyspnoe bei bekanntem Asthma bronchiale.

Der letzte Anfall war vor 5 Monaten.

Die weitere vegetative Anamnese ist unauffällig.

Vorerkrankungen:

In der Vorgeschichte ist Folgendes bekannt:

-ein Asthma bronchiale mit 7 Jahren

-Masern mit eineinhalb Jahren (die Patientin ist **nicht** gegen Kinderkrankheit geimpft.)

-eine ALL mit 6 Jahren, die mit Radiochemotherapie und Schädelbestrahlung behandelt wurde.

-eine Eisenmangelanämie seit 6 Monaten

Medikamente:

Die Patientin nimmt folgende Medikamente :

Budesonid Spray 2 Mal 2 Hübe b.B.

Formoterol Spray 2 Mal 2 Hübe b.B.

Vit B12 **Komplex einmal** 2 Kaps

Ferro Sanol 40 mg 2 Mal 1 Kaps

VD/DD:

Die anamnestischen Angaben deuten am ehesten auf einen sekundären **e**pileptischen Anfall hin.

Alternativ kommen ein ZNS Rezidiv der ALL und eine SSEP infolge von Masern in Betracht.

Procedere:

Zur Erhärtung meiner Verdachtsdiagnose werde ich folgende Maßnahmen veranlassen:

KU: mit Fokus auf neurologische Untersuchung sowie Nackensteifigkeit

Labor:BB,BZ,CRP, differential BB,Elektrolyte

EEG

MRT /cCT

LP

Therapie:

Falls sich mein Verdacht bestätigt, schlage ich folgende Therapie vor:

stationäre Aufnahme

Kreislaufstabilisierung

Antikonvulsiva

operative Entfernung des Tumors (Exstirpation)

Vorstellung:

Ich berichte heute über Frau Möller.

Sie ist 17 Jahre alt und untergewichtig und wurde heute in Begleitung

ihres Vaters wegen eines erstmaligen epileptischen Anfalls bei uns eingeliefert.

Die Patientin ist somnolent, deshalb wurde die Anamnese mit ihrem Vater geführt.

Vor einer Stunde habe zuerst der linke Arm der Patientin zuerst gezuckt

und dann kam es zu einem tonisch-klonischen Anfall mit xxxxBegleitend

zeigen sich eine Zungenbiss, Inkontinenz sowie eine Blickwendung.

Der Anfall habe etwa 7 Minuten **gedauert**.

Während des Anfalls **sei die Pat.** ca 2 Minuten **bewusstlos** gewesen.

Seit dem Anfall ist die PAT somnolent.

Die Frage nach Verletzungen **en** wurde verneint.

Erwähnenswert ist,

dass die Patientin **seit xxx** eine progrediente, persistierende Schwäche im linken Arm

beklagt**t**.

Darüber hinaus ernähre sie sich seit einem Jahr **vegan**.

Vegetativ ergab sich eine stressbedingte Diarrhö und Schlafstörung

sowie Husten und Dyspnoe bei bekanntem Asthma bronchiale.

Der letzte Anfall war vor 5 Monaten.

Die weitere vegetative Anamnese ist unauffällig.

Relevante **V**orerkrankungen sind eine ALL mit 6 Jahren,

die **nach** Radiochemotherapie und Schädelbestrahlung in Remission sei

sowie ein Asthma bronchiale mit 7 Jahren. **Der** letzte Anfall war vor 5 Monaten

und dagegen nimmt sie Budesonid und Formoterol b.B.

Wichtig ist auch, dass die Patientin Masern mit eineinhalb Jahren hatte

und **nicht** gegen Kinderkrankheit geimpft ist.

Darüber hinaus ernähre sie sich seit einem Jahr **vegan** und nimmt

deswegen

Vit B12 Kaps ein.

Zudem leidet sie seit 6 Monaten an einer Eisenmangelanämie, die mit Ferro Sanol behandelt wird.

Bei dieser Patientin sind eine Pollinosis sowie eine Haselnussallergie bekannt.

Die Patientin trinkt seit 6 Monaten 1-2 Gläser Wein am Wochenende.

Sie habe vor einigen Monaten einmal Cannabis konsumiert.

In der Familienanamnese sind Fälle von Asthma bronchiale und Diabetes mellitus Typ 2 bekannt.

Die Patientin ist Abiturientin und lebt mit ihrer Familie zusammen.

Sie hat zurzeit Prüfungsstress.

VD/DD:

Aufgrund der Symptomatik gehe ich von einem sekundären epileptischen Anfall auf dem Boden eines Meningeoms infolge von Schädelbestrahlung aus.

Der epileptische Anfall in Kombination mit einem fokal neurologischen Defizit sprechen dafür.

Charakteristisch ist zudem ein schleichender Verlauf der Beschwerden.

Eine Schädelbestrahlung als Risikofaktor lässt ebenfalls ein Meningeom vermuten.

Als Differentialdiagnose kommen ein ZNS Rezidiv der ALL und eine SSEP

infolge von Masern in Betracht.

ZNS-Rezidive erwarten wir häufiger während der Therapie oder 2 Jahre nach einer kompletten Remission.

Eine subakute sklerosierende Panenzephalitis kann eine Spätkomplikation sein.

Sie tritt durchschnittlich 2 bis 10 Jahre nach der Infektion auf.

Darüber hinaus kann ein Vit B12-Mangel zu verschiedene neurologischen Symptomen wie Parästhesien und spastischer Paraparese führen.

Procedere:

Bei jedem epileptischen Anfall sollte zuerst der BZ überprüft werden, um eine Hypoglykämie auszuschließen.

Bei dieser Patientin ist eine neurologische Untersuchung notwendig.

Zudem konzentriere ich mich unbedingt auf mögliche (eventuelle) Nackensteifigkeit.

Laborchemisch benötige ich BB, Vit B12, differential BB, Elektrolyte sowie Entzündungsparameter wie CRP.

Apparativ werde ich eine cMRT veranlassen.

Eine scharf begrenzte Raumforderung weist auf ein Meningeom hin.

Neben der neurologische Untersuchung und den bildgebenden Verfahren ist eine EEG von wesentlicher Bedeutung, um die Hirnaktivität zu beurteilen.

Zusätzlich können wir dadurch einen epileptischen Anfall nachweisen

Bei Verdacht auf eine SSEP spielt eine Lumbalpunktion eine entscheidende

Rolle.

Masernspezifische oligoklonale Banden ?? ist ein guter Hinweis auf eine SSEP.

Therapie:

Bei dieser Patientin stehen die Kreislaufstabilisierung, Sauerstoffgabe sowie das Ausgleichen der Elektrolyte im Vordergrund.

Die Vitalparameter sollten überwacht werden.

Empfehlenswert ist, die Patientin vor Verletzungen zu schützen.

Je nach Befund sowie Rezidivrisiko des epileptischen Anfalls

sollten Antikonvulsiva eingesetzt werden.

Therapie der Wahl besonders bei dieser Patientin ist eine Exstirpation.

Xenia Busch

Alter	Größe	Gewicht
87 Jahre	168 cm	79 kg

Allergien / Unverträglichkeiten

Die Patientin reagiert allergisch auf Ciprofloxacin.

Genussmittel / Drogen

Nikotin-, Alkohol- und Drogenkonsum wurden verneint.

Sozialanamnese

Die Patientin ist in Rente, davor hat sie als Postbemanterin gearbeitet.

Sie ist verwitwet und lebt alleine.

Familienanamnese

Der Vater ist mit 66 Jahren an einem Pankreaskarzinom gestorben.

Bei der Mutter ist eine Neigung zu Thrombosen (Thrombophilie) bekannt.

Bericht mit Anamnese / Verdachtsdiagnose / Vorschlägen zur weiteren Diagnostik und Therapie

[Anamnese subjektiv, Anamnese objektiv, Verdachtsdiagnose, Differenzialdiagnose, weiteres Procedere]

Schreiben Sie in ganzen Sätzen! Bitte benutzen Sie medizinische Fachsprache, wo dies möglich ist.

[Tippen Sie direkt ins vorbereitete, grau umrandete Feld]

Frau Busch, eine 87-jährige Patientin in reduziertem AZ und übergewichtigem EZ, kommt heute wegen starker Schmerzen an der rechten Hüfte sowie Rückenschmerzen zu uns.

Vor 48 Stunden sei die Patientin vor der Haustür gestolpert und auf die rechte Hüfte sowie den

Rücken gestürzt.

Die Schmerzen sind persistierend, teils stechend, teils bohrend im Charakter und strahlen

in die rechte Leiste und Oberschenkel bis zum Knie aus und verstärken sich bei Bewegung.

Die Schmerzintensität liegt bei 9/10 auf der Schmerzskala.

Begleitend zeigen sich Hämatome an der rechten Hüfte,
Bewegungseinschränkungen am rechten Bein

sowie eine Stressinkontinenz. Die Frage nach Verletzung des Kopfes sowie
Dyspnoe wurde verneint.

Darüber hinaus berichtet die Patientin, dass sie xxx Stunden vor dem Unfall

Oxazepam eingenommen habe.

In der vegetativen Anamnese finden sich eine Schlafstörung seit längerem sowie
Husten seit einer Woche.

Die weitere vegetative Anamnese ist unauffällig.

Vorerkrankungen:

In der Vorgeschichte ist Folgendes bekannt:

-Windpocken,Masern,Mumps in der Kindheit

-ein Diabetes mellitus Typ 2 seit 20 Jahren

-eine hyperglykämische Krise(diabetisches Koma) vor 18 Jahren

-Gangunsicherheiten und Zittern der Beine seit 7 Jahren sowie ein Aufenthalt in
einer

Nervenklinik vor 5 Jahren weisen auf ein Parkinson-Syndrom hin.

Medikamente:

Die Patientin nimmt regelmäßig folgende Medikamente ein:

Doxepin 25 mg (1-0-0)

Madopar 62,5 mg 2 Mal tägl.

Oxazepam 15 mg (0-0-1)

Glimepirid 4 mg tägl.

VD/DD:

Die anamnestischen Angaben deuten am ehesten auf einen Sturz bei Parkinson hin.

Alternativ kommen ein Sturz bei Hypoglykämie oder ein Hang-over am Folgetag

als Nebenwirkung der Benzodiazepine in Betracht.

Procedure:

Zur Erhärtung meiner Verdachtsdiagnose werde ich folgende Maßnahmen veranlassen:

KU:mit Fokus auf Frakturzeichen

Labor:Blutbild (wg. Blutverlust), Urin (Hämaturie als Hinweis auf innere Blutungen),BZ,HbA1c

Röntgen von Thorax ,Pelvis, rechtem Femur sowie LWS ggf.CT

Fast-Sono

DXA zur Diagnostizierung einer Osteoporose

Therapie:

Falls sich mein Verdacht bestätigt, schlage ich folgende Therapie vor:

stationäre Aufnahme

Analgetika

Heparin i.v

enge Kontrolle der Vitalparameter

Anlegen eines Harnkatheters

Flüssigkeitsgabe

Kontrolle der Nierenfunktion

konservative Therapie

Sozialkonsil

Vorstellung:

Ich berichte heute über Frau Busch.

Sie ist 87 Jahre alt, übergewichtig und kommt heute wegen starker Schmerzen an der

rechten Hüfte sowie Rückenschmerzen zu uns.

Vor 48 Stunden sei die Patientin vor der Haustür gestolpert und auf die rechte Hüfte sowie

den Rücken gestürzt.

Die Schmerzen sind persistierend, teils stechend, teils bohrend im Charakter

und strahlen in die rechte Leiste und den Oberschenkel bis zum Knie aus und verstärken sich bei Bewegung.

Die Schmerzintensität liegt bei 9/10 auf der Schmerzskala.

Begleitend zeigen sich Hämatome an der rechten Hüfte, Bewegungseinschränkungen am rechten Bein

sowie eine Stressinkontinenz. Die Frage nach Verletzung des Kopfes sowie Dyspnoe wurde verneint.

Wichtig ist auch, dass die Patientin xxx Stunden vor dem Unfall Oxazepam eingenommen hat.

Vegetativ ergab sich eine Schlafstörung seit längerem sowie Husten seit einer Woche.

(der Covid Test ist negativ und die Patientin ist gegen Covid-19 geimpft.)

Die weitere vegetative Anamnese ist unauffällig.

Relevante Vorerkrankungen sind ein Diabetes Typ 2, der mit Glimepirid eingestellt ist

sowie ein Parkinson seit 7 Jahren. Dagegen nimmt sie Madopar und Doxepin ein.

Die Patientin reagiert allergisch auf Ciprofloxacin.

Nikotin-, Alkohol- und Drogenkonsum wurden verneint.

Erwähnenswert ist das Vorliegen einer Thrombophilie bei der Mutter.

Die Patientin ist in Rente, davor hat sie als Postbeamtin gearbeitet.

Sie ist verwitwet und lebt alleine.

VD/DD:

Aufgrund der Symptomatik gehe ich von einem Sturz bei Parkinson aus.

Als Differenzialdiagnose kommt ein Sturz bei Hypoglykämie oder ein

Hang-over am Folgetag als Nebenwirkung der Benzodiazepine in Betracht.

Procedere:

Zunächst werde ich die Patientin stationär aufnehmen.

Als ersten Schritt werde ich den BZ überprüfen, um eine Hypoglykämie auszuschließen.

Wegen der unerträglichen Schmerzen sollten unbedingt Analgetika eingesetzt werden,

dann können wir die Patientin besser untersuchen.

Bei der KU suche ich nach Zeichen für Frakturen.

Bei dieser Patientin ist die Auskultation der Lungen erforderlich.

Laborchemisch benötige ich BB, Elektrolyte, HbA1c ,BZ und U/A.

Wegen des Hustens werde ich Entzündungsparameter wie CRP anfordern.

Je nach Befunden **der KU** werde ich **ein** Röntgen veranlassen.

Zum Frakturnachweis sind Röntgen des Thorax, Pelvis, **der** LWS sowie **des** rechten Femurs

notwendig.

Bei unklarem Befund oder Komplikationen kommt eine CT infrage.

Zusätzlich ist bei dieser Patientin ein hohes Risiko für Osteoporose vorhanden.

Deswegen sollte eine DXA(Dual X-ray-Absorptiometry) eingeleitet werden, um eine Osteoporose zu bestätigen.

Falls **der** T-Score unter -2,5 ist, sollte eine antiosteoporotische Therapie wie Alendronat verschrieben werden.

Therapie:

Zu den Risikofaktoren **bei dieser Pat.** gehören **das** Alter der Patientin, Immobilisation ? sowie **die** familiäre Disposition

einer Thrombophilie. Deswegen ist **eine** Thromboseprophylaxe bei dieser Patientin

von großer Bedeutung.

Bevor wir an eine Operation denken, sollten wir die Situation der Patientin **genau** beurteilen sowie **mögliche** Risiken während **einer** Operation und Post-OP einschätzen.

Die Therapie hängt vom Frakturbereich ab.

Falls eine proximale Femurfraktur vorliegt, sollte **wegen des** hohen Alters **s** eine Hüft-Totalendoprothese

eingesetzt werden.

Benzodiazepine sollten nicht als Mittel der ersten Wahl bei älteren Patienten eingesetzt werden.

Wegen der Niedergeschlagenheit sowie Umstellung der Benzodiazepine kann ein

psychologi**sches** Konsil sehr sinnvoll sein.

Im Vordergrund stehen eine ausreichende Zufuhr von Calcium und Vitamin D sowie **eine** Rehabilitation.